

Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



République du Mali
Un Peuple—Un But—Une Foi



U.S.T.T-B

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie
(F.M.O.S)

Année académique : 2013-2014

N°

TITRE

**CELLULITES PERI MAXILLAIRES CIRCONSCRITES AIGUES
D'ORIGINE DENTAIRE DANS LE SERVICE DE LA STOMATOLOGIE ET
DE LA CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE DU CHUOS DE BAMAKO**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le 16/01/2014 devant
la faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie**

Par *Dr. Bréhima THIERO*

**Pour l'obtention du Diplôme d'Etat en Chirurgie dentaire
Interne(Diplôme D'Etat)**

Jury

Président :

Pr. Tiemoko Daniel COULIBALY

Membre :

Dr. Oumar Wane

Co-Directeur :

Dr. Boubacar BA

Directeur :

Pr. Mamadou L. DIOMBANA

SOMMAIRE

Sommaire.....	I
Dédicace et Remerciement.....	II
Hommage aux Membres du jury.....	IV
Liste des Abréviations.....	IX
I. Introduction.....	1
A. Préambule.....	2
B. Intérêt.....	3
C. Généralités.....	4
1-Définition des cellulites Péri-maxillaires Circonscrite d'origine dentaire.....	4
2-Rappels Anatomique.....	4
2.1-Osteologie.....	4
2.2-Myologie.....	6
2.3-Vascularisation.....	9
2.4-Innervation.....	11
2.5-Anatomie de la denture.....	12
2.6-Données anatomique des loges maxillo-faciales.....	14
3-Rappels Histo-Embryologique.....	25
4-Etiologie.....	26
5-Physiopathologie.....	28
6-Tableaux cliniques.....	29
II. Objectifs.....	43
III. Patients et Méthode.....	45
Cadre de L'étude.....	46
IV. Résultats.....	48
V. Commentaires et Discussion.....	54
VI. Conclusion et Recommandation.....	58
VII. Référence Bibliographique.....	61
VIII. Annexes.....	66
Résumé.....	71

DÉDICACES ET REMERCIEMENTS

Permettez-nous chers parents, et encadreurs en cette circonstance solennelle, de vous adresser cette dédicace pour vous témoigner notre reconnaissance indéfectible, à la suite de votre remarquable concours grâce auquel on a pu édifier ce travail.

Nous dédions ce travail :

***À nos chers parents**

Notre Mère Kadiatou DEMBÉLÉ et Tante Djénéba DIARRA :

Nous vous devons tout. Ces mots sont incapables de traduire les liens qui unissent un enfant à ses parents. Votre amour bienveillant, votre dévouement, votre rigueur et votre persévérance nous ont assuré une éducation fondée sur la probité, l'intégrité et la dignité. Nous ne saurons jamais vous remercier pour vos sacrifices et vos souffrances. Ce grand jour tant souhaité est le fruit de ces efforts déployés pour notre réussite.

Notre père et oncle Mamady THIERO :

« Les morts ne sont pas morts, ils sont parmi nous » a dit Birago Diop. Puisse, le miséricordieux vous réserver une place parmi ses élus. Amen

Moctar MINTA et Famille :

C'est un réel amour que vous avez placé en nous, en nous acceptant dans votre foyer, qui est aussi le nôtre, durant nos études supérieures.

Que ce travail soit le témoignage de notre profonde reconnaissance. Nous osons espérer que vos efforts et sacrifices consentis n'auront pas été vains et que le bon Dieu le rendra au centuple.

Nos profonds remerciements vont :

A tous nos encadreurs

A tous mes promotionnaires de classe

**A tous les responsables des 14 cabinets de soins et
laboratoire de prothèse du CHU-OS**

A tous nos condisciples

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

Pr. Tiémoko Daniel COULIBALY:

- + Spécialiste en Odontologie chirurgicale
- + Diplômé de réhabilitation et prothèse maxillo-faciale
- + Chef de service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS
- + Ancien président du comité médical établissement du CHU-OS de Bamako

- + Chef de la Filière Odontologie

Maître de conférences d'odontostomatologie et de chirurgie Maxillo-faciale à la FMOS;

Cher Maître ;

Nous sommes très honorés de la confiance que vous nous faites, en nous confiant ce travail et en acceptant la présidence de notre jury. Votre dynamisme, votre respect et amour du travail bien fait ont forgé l'estime et l'admiration de tous. Vous constituez pour nous un modèle de courtoisie, de simplicité et de cordialité.

Veillez retrouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Pr. Mamadou Lamine DIOMBANA :

- Spécialiste en odontostomatologie et chirurgie maxillo-faciale,
- Ancien chef du service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital de KATI;
- Ancien Chef du service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS,
- Ancien Directeur général du CHU d'odontostomatologie de BAMAKO;
- Ancien vice –président du 1er conseil national de l'ordre des Médecins et Pharmaciens du Mali.
- Membre fondateur et titulaire de la société médicale du Mali depuis 1984.
- Membre fondateur et titulaire de la société de chirurgie du Mali;
- Premier responsable et coordinateur de la filière d'odontostomatologie a la FMOS(2006-2012)
- Premier responsable et coordinateur du CES de stomatologie et de chirurgie Maxillo-faciale a la FMOS (2007-2012)
- Médaille du mérite de la santé du Mali.

Cher Maître :

Vous nous faites l'honneur de diriger cette thèse. Merci pour votre courage et effort pour l'ouverture de la filière odontostomatologie au sein de la faculté dont nous sommes les 15 étudiants de la première promotion et votre aide précieuse tout au long de ce travail.

Veillez recevoir ici l'assurance de notre sincère reconnaissance pour votre disponibilité.

Dr. Boubacar BA

-Maitre-assistant d'odontostomatologie a la FMOS

-Praticien hospitalier au CHU-OS de Bamako

-Certifié de chirurgie buccale

-Certifié d'oncologie oro-faciale

-Membre du comité national de greffes

Cher Maitre,

Nous vous remercions de bien vouloir diriger ce travail et d'accepter de participer au jury. Nous avons été très sensibles à votre qualité professionnelle et votre gentillesse.

Soyez assuré de notre profonde gratitude et d'estime.

Dr. Oumar Wane

-Diplômé d'Institut d'état de Krasnodar en Russie

-Praticien Hospitalier au CHU-OS de Bamako

-CES en odontologie conservatrice et endodontie

-Chef de service d'odontologie conservatrice et endodontie de CHU-OS

Cher Maître,

Vous nous faites un grand plaisir en acceptant de juger ce travail. Notre reconnaissance va à la qualité de votre enseignement, de votre approche médicale et humaine de la profession.

Veillez trouver dans cet ouvrage le témoignage de notre profond respect et de notre sincère gratitude.

Liste des abréviations

A.N : Assemblée Nationale.

C.H.U-O.S : Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie.

C : Commune

C.C.C. : Communication pour le Changement de Comportement.

D.G : Directeur Général.

E.I.C : Éducation Information et Communication

E.M.C : Encyclopédie Médico-chirurgicale.

E.P.A : Établissement Public à caractère Administratif.

E.P.H. : Établissement Public Hospitalier

Fig : Figure.

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

R.M : République du Mali.

Rég : Région.

S.S.P.I : Salle de Surveillance Post Interventionnelle.

TP : Travaux pratiques

I-INTRODUCTION

A.PRÉAMBULE

Les infections du tissu cellulo-adipeux péri-maxillaires à point de départ dentaire ou péri-dentaire sont assez fréquentes au Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie de Bamako (14,21%). Elles peuvent se présenter sous plusieurs formes cliniques et des stades d'évolutions : comme la cellulite aiguë circonscrite péri-maxillaire d'origine dentaire.

En effet les infections sont en régression depuis l'avènement des antibiotiques qui a modifié complètement le profil de ces affections, à condition qu'ils soient administrés tôt, correctement et que le diagnostic soit établi de façon précoce.

Les cellulites demeurent néanmoins banales par leurs étiologies, mais redoutables par leur pronostic et leur évolution qui peuvent être parfois graves surtout dans un pays où les infrastructures sanitaires restent insuffisantes. Dans tous les cas la guérison ne peut être possible et totale que par la suppression de la cause. Il n'est pas rare de voir, tardivement, des fistules cutanées dont l'origine dentaire aura été longtemps méconnue[3]. D'où la nécessité d'entreprendre une étude sur la question.

B. INTÉRÊT

L'intérêt du sujet réside dans le fait que :

- Les complications infectieuses aiguës dues à la mortification de la pulpe dentaire sont assez fréquentes.

-Qu'elles sont à l'origine d'abcès localisé au niveau des tissus mous de la face et du cou.

-Les cellulites se développant aux niveaux des loges entourant la mandibule et le maxillaire peuvent s'étendre depuis la base du crâne jusqu'au médiastin.

-De ce fait les cellulites représentent un risque grave qui peut menacer le pronostic vital.

C. GÉNÉRALITÉS

1. Définition des Cellulites Péri Maxillaires d'Origine Dentaire :

Il s'agit d'une infection aiguë du tissu sous cutané. Elle chemine à travers l'os ou le périoste pour atteindre le tissu cellulaire. C'est une infection d'origine bactérienne, le plus souvent à streptocoque, parfois à staphylocoque doré ou à différents germes à gram négatif, consécutive à une atteinte dentaire ou parodontale. Elle se manifeste habituellement sous la forme d'une grande zone rouge, chaude et douloureuse touchant les régions de la face, associée à une fièvre et à un malaise général [6].

2. Rappels Anatomiques:

2.1 Ostéologie:[33]

-Squelette Maxillo-facial:

Le massif maxillo-facial se compose d'un ensemble d'os et de cavités :

Le squelette du crâne :

Il est composé d'une boîte ovoïde à grande extrémité postérieure portant dans sa partie antéro-inférieure un massif osseux comprenant plusieurs cavités appelées la face.

- Les os du crâne :

La boîte crânienne renferme l'encéphale, un isthme, la partie supérieure du bulbe rachidien ainsi qu'une partie du trajet des (12) nerfs crâniens qui en sont issus. Cette boîte crânienne est composée de quatre os impairs :

- + Le frontal,
- + L'ethmoïde,
- + Le sphénoïde,
- + L'occipital.

Les deux (2) os pairs :

- + Le pariétal,
- + Le temporal.

-Les os de la Face :

La face est surtout dominée par l'importance des os maxillaires ce qui lui vaut la domination maxillo-faciale.

Elle est constituée par la partie antérieure de la tête qui se trouve limitée par les cheveux, les oreilles et les dessous du menton.

Elle comprend 3 étages :

- > frontale (étage supérieur)
- > maxillaire (étage moyen)
- > mandibulaire (étage inférieur)

La limite postérieure passe par le plan frontal bistragien. Cette architecture repose sur l'innervation sensitive du trijumeau (V) et motrice du VII (nerf facial). La vascularisation est assurée par la carotide externe, le maxillaire interne et l'artère faciale.

Les os des maxillaires diffèrent des autres par la présence des os alvéolaires, des dents et de la fibromuqueuse gingivale.

-Le massif facial :

Le squelette du visage moyen se compose de 14 os dont 6 pairs et symétriquement opposés

- > Les maxillaires ;
- > Les palatins ;
- > Les malaire ;
- > Les nasaux ;
- > Les cornets ;
- > Les unguis ;

Les deux impairs

- > Le maxillaire inférieur
- > Le vomer

Le Maxillaire supérieur :

Le maxillaire se compose :

- d'une face antéro externe jugale dite chirurgicale ;
- d'une face postérieure divisée par la tubérosité ;
- d'une face orbitaire contenant le nerf sous-orbitaire ;
- d'une face interne divisée en un étage supérieur et inférieur.

Le Malaire :

C'est la pommette qui est unie à l'apophyse pyramidale du maxillaire supérieur

La Mandibule :

C'est un os impair médian et se compose d'une partie antérieure appelée symphyse et 2 parties horizontales appelées corpus mandibulaire relié dans la partie postérieure à deux (2) branches ascendantes terminées l'une postérieurement par le condyle mandibulaire et l'autre antérieurement par le coroné. Le canal dentaire décrit une courbe à concavité supérieure dans la branche horizontale et le point le plus profond de cette concavité se situe au niveau de la première molaire inférieure.

La mandibule est l'os mobile de la boîte crânienne

2.2 Myologie:[33]

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

- **Les muscles releveurs du maxillaire inférieur**

- Le masséter
- Le temporal
- Le ptérygoïdien externe

- **Les muscles abaisseurs du maxillaire inférieur**

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

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

- **Les muscles peauciers :**

Ces muscles se classifient en groupes et commandent l'expression du regard. Ces muscles ont en commun quatre (4) caractères :

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

- **Les muscles péribuccaux :**

Ils constituent la charpente des lèvres et des joues.

Ils permettent d'ouvrir ou de fermer l'orifice (dilatateur et constricteur).

Les muscles dilatateurs convergents vers les commissures labiales, ils sont disposés en deux plans :

- **Plan superficiel des dilatateurs**

Qui se compose :

- du grand zygomatique
- du petit zygomatique

- du muscle triangulaire
- du risorius

- **Plan profond des dilatateurs :**

qui comprend :

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

- **Les muscles constricteurs :**

Dans cette catégorie se classent :

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

- **Les muscles du nez :**

Ils sont au nombre de quatre (4) :

- le muscle pyramidal
- le muscle dilatateur de la narine
- le muscle transverse
- le muscle myrtiforme

- **Les muscles périorbitaires :**

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

- **Les muscles péri-auriculaires :**

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

***Les muscles peauciers de la mimique :**

L'interrogation électrique (excitation) des muscles peauciers permet au nerf non seulement la perception et la compréhension de la mimique mais aussi celui du langage des passions et des sentiments.

Il existe actuellement quatre (4) types principaux de mimiques :

***Mimique de la joie :**

Elle met en action cinq (5) muscles peauciers :

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

***Mimique de la tristesse :**

Elle met en action huit (8) muscles :

- le sourcilier
- l'orbiculaire des paupières par ces faisceaux divergents
- le muscle canin
- le petit zygomatique
- l'orbiculaire des lèvres
- le carré du menton
- la houppe du menton
- le muscle triangulaire.

***Mimique de l'attention :**

Elle met en action six (6) muscles :

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

***Mimique de l'émotion : met en action quatre muscles :**

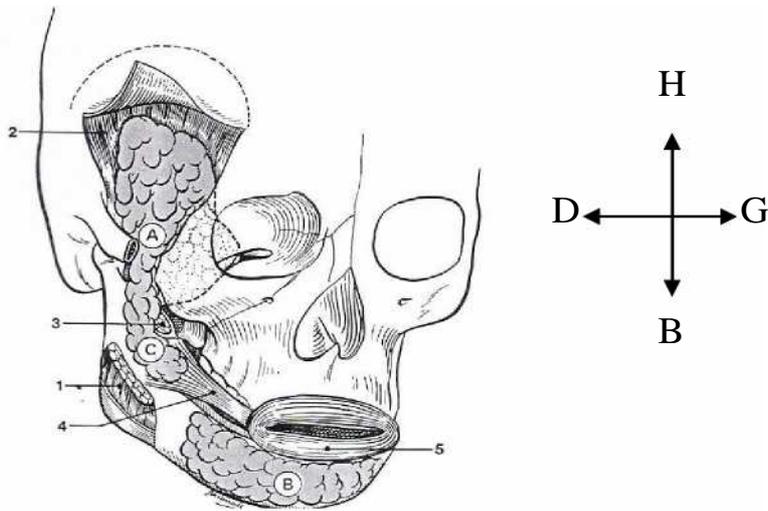
- Le pyramidal
- Le sourcilier
- Le dilatateur de l'aile du nez
- Le masséter.

***Muscle sternocléidomastoïdien**

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

Il comprend deux (2) plans :

- L'un superficiel et
- L'autre profond



A-Coulée latérale. B-Coussin médian. C-Boule de Bichat.
 1-Muscle masséter sectionné. 2-Muscle temporal. 3-Muscle ptérygoïdien interne sectionné. 4-Muscle buccinateur. 5-Muscle orbiculaire des lèvres.

Figure 1: Répartition musculaire et le tissu cellulaire adipeux [33].

2.3 Vascularisation :

- **Système artériel maxillo-facial**[21]

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

Les artères se composent de :

- Carotide primitive
- Sous-clavière et leurs ramifications

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

• **Carotide primitive :**

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

- Carotide externe
- Carotide interne

- **Carotide externe:**

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

- **Carotide interne :**

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

- **Sous clavière :**

Les deux sous clavières donnent les artères basilaires qui vont donner le tronc artériel basilaire.

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

- **Système veineux maxillo-facial. [21]**

Les veines de la face et du cou constituent dans leur ensemble un système appelé : le système jugulaire.

On distingue : la jugulaire interne, antérieure, externe et postérieure.

- **Jugulaire interne**

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

cerveau). Certains de ses sinus circulent le long des parois osseuses tout en formant des gouttières, d'autres dans les prolongements dure-mère tel que la faux du cerveau, la faux du cervelet. Ces sinus se drainent à travers deux (2) confluent, l'un à la base du cerveau appelé : sinus caverneux et l'autre au niveau de la voûte crânienne pressoir d'HÉROPHILE [15, 21].

- **Jugulaire externe :**

Proviens de la veine maxillaire interne, de la temporale superficielle et de la parotidienne.

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

- **Jugulaire antérieure :**

Appelée veine médiane du cou, elle provient des veinules superficielles de la région sous mentale et celle de la fourchette sternale où elle se coude en angle droit tout en sortant en dehors pour aboutir à la zone sous-clavière.

Elle est superficielle au début, pour devenir sous aponévrotique tout en s'unissant avec la jugulaire antérieure de l'autre côté pour former une anastomose en forme d'échelle.

- **Jugulaire Postérieure :**

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

2.4 Innervation crânio-maxillo-faciale [5]

L'Innervation cranio-maxillo faciale s'effectue à travers douze (12) nerfs :

- a) nerf olfactif
- b) nerf optique
- c) nerf oculomoteur commun

- d) nerf pathétique
- e)nerf trijumeau
- f) nerf oculomoteur externe
- g) nerf facial
- h) chochléovestibulaire
- i) nerf glossopharyngien
- j) nerf vague
- k) nerf spinal
- l) nerf hypoglosse

Parmi ces nerfs on peut distinguer ceux qui sont sensés d'être

Des nerfs sensitifs purs :

- le nerf olfactif
- le nerf optique et
- le chochléovestibulaire-

des nerfs moteurs

- l'oculomoteur commun
- le nerf pathétique
- le nerf oculomoteur externe
- le nerf facial
- le nerf spinal
- le grand hypoglosse

des nerfs mixtes

- le trijumeau
- le nerf glosso-pharyngé
- le nerf vague ou pneumogastrique

2.5Anatomie de la denture[6,24]

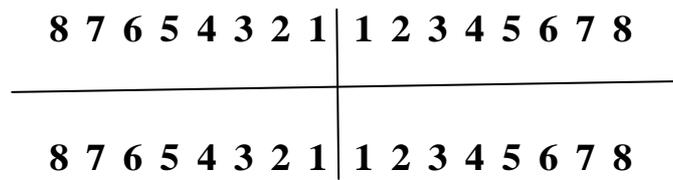
Les dents sont des organes qui peuvent être classés par catégories ou groupes. Chaque dent est constituée de deux parties essentielles :

- Une visible au niveau de la gencive appelée couronne dentaire
- Une autre non visible plus longue enfoncée dans l'alvéole qu'on appelle sommet ou apex, tandis qu'entre la couronne et la racine il existe une zone rétrécie appelée collet.

La nomenclature dentaire :

Dans la nomenclature dentaire classique le visage est divisé en quatre cadrans :

- Le cadran supérieur droit (1)
- Le cadran supérieur gauche (2)
- Le cadran inférieur gauche (3)
- Le cadran inférieur droit (4)



***Dents permanentes**

La denture permanente se trouve divisée en quatre cadrans notés de 1 à 4 à partir du cadran supérieur droit et dans le sens de l'aiguille d'une montre. Pour effectuer la nomenclature au niveau des dents permanentes, on prend le numéro du cadran concerné suivi du numéro de la dent concernée.

Nomenclature de la denture lactéale

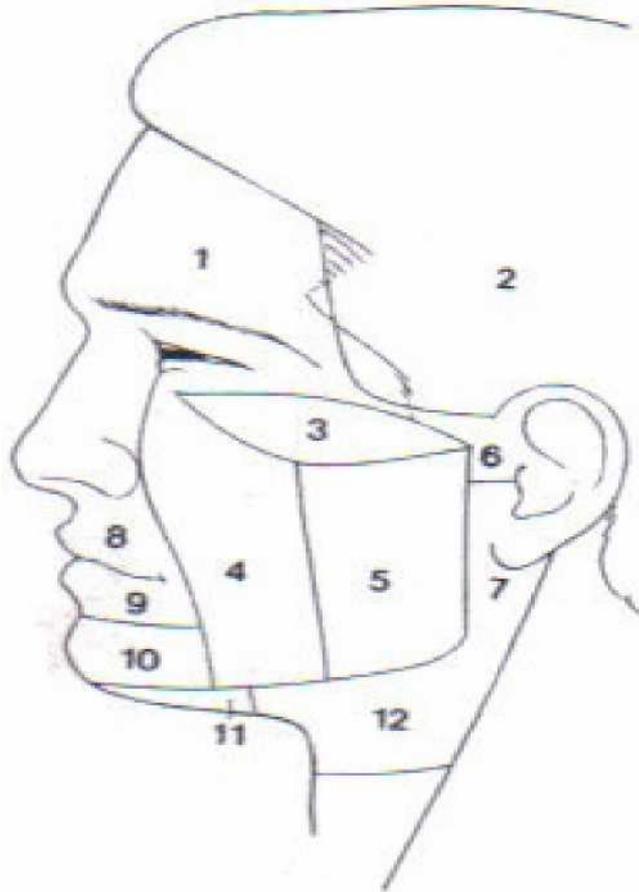
La denture de lait se trouve elle aussi divisée en quatre (4) cadrans de 5-8 en débutant par le cadran supérieur droit.

2.6 Données anatomiques des loges maxillo-faciales

Fig : n°2

Régions
superficielles de la
face

- 1) Rég. frontale
- 2) Rég. temporale
- 3) Rég. malaire
- 4) Rég. génienne
- 5) Rég. massétérine
- 6) Rég. Temporo-mandibulaire.



- 7) Rég parotidienne
- 8) Rég labiale supérieure
- 9) Rég. Labiale inférieure
- 10) Rég mentonnière
- 11) Rég. Sous-mentale
- 12) Rég. sous mandibulaire

Source : GAILLARD A [6]

Nous étudierons successivement :

- les loges cellulaires de la face susceptibles d'être infectées ;
- les dents quant à leurs rapports avec les éléments de voisinage.

❖ **Régions et loges celluluses de la face :**

On décrit à la face diverses régions. Toutes ces régions communiquent largement entre elles et contiennent des degrés divers du tissu cellulo-adipeux.

▪ **Région labiale :**

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

Limites

- en haut : la base du nez ;
- en bas : le sillon labio-mentonnier ;
- latéralement : en haut, le sillon labiogénien, en bas la verticale abaissée de l'extrémité inférieure de ce sillon, extrémité située sensiblement à un centimètre de la commissure labiale.

.Constitution :

De la superficie à la profondeur on distingue :

- La peau qui est épaisse et très adhérente aux muscles sous-jacents (il y a un peu de tissu cellulaire sous-cutané) ;
- Un plan musculaire ;
- Un peu de tissu cellulaire lâche, contenant les glandes salivaires labiales
- La muqueuse dont la surface est mamelonnée par les glandes.

▪ **Région mentonnière :**

Elle constitue la saillie du menton

Limites

- En haut : le sillon labio-mentonnier.
- En bas : le bord basilaire de la mandibule.
- latéralement : la verticale abaissée de l'extrémité inférieure du pli labiogénien.

Constitution :

De la superficie à la profondeur on distingue :

- La peau qui est épaisse ;
- Une couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, peu développée, et traversée par des fibres musculaires qui vont à la peau ;
- plan musculaire ;
- le plan squelettique de la mandibule.

▪ **Région génienne**

Elle constitue la partie antérieure de la joue

Limites :

- En haut : le bord inférieur de l'orbite
- En bas : le bord basilaire de la mandibule.
- En arrière : le bord antérieur du masséter.
- En avant et de haut en bas : le sillon nasogénien, le sillon labiogénien et la verticale abaissée de l'extrémité inférieure de ce dernier sillon.

.constitution :

- la peau qui est assez épaisse et mobile ;
- du tissu celluleux ;
- deux plans musculaires entre lesquels se trouvent notamment la boule graisseuse de Bichat et les vaisseaux faciaux ;
- le plan profond est osseux. Il est formé par :
 - en haut : la face externe du malaire et la face antérieure de l'apophyse pyramidale du maxillaire ;
 - en bas : la face externe de la branche horizontale de la mandibule ;
 - au milieu : la muqueuse buccale qui tapisse la face profonde du buccinateur et lui est adhérente par du tissu conjonctif dense. Elle se réfléchit ensuite sur les rebords alvéolaires en formant les gouttières vestibulaires supérieure et inférieure.

• **Région massétérine**

Elle constitue la partie postérieure de la joue

Limites :

- En haut : l'arcade zygomatique.
- En avant : le bord antérieur du masséter.
- En bas : le bord basilaire dans sa moitié postérieure.
- En arrière le bord postérieur de la branche montante.

Constitution :

Le plan profond qui est représenté par la branche montante de la mandibule de la superficie à la profondeur on distingue :

- la peau qui est fine et mobile ;
- un pannicule adipeux avec un fascia superficialis ;
- du tissu cellulaire sous cutané avec notamment le prolongement de la parotide, les rameaux du nerf facial et le canal de Sténon ;
- l'aponévrose masseterine et le masséter ;

▪ **Région pharyngo – mandibulaire :**

Limites :

- En dehors : la branche montante de la mandibule.
- En arrière : la région parotidienne.
- En avant et de haut en bas : la tubérosité maxillaire et ligament ptérygomandibulaire, avec les insertions attenantes au constricteur supérieur du pharynx en arrière et du buccinateur en avant.
- En haut : la grande aile du sphénoïde en dedans, le trou zygomatique avec le temporal en dehors.
- En dedans : on trouve d'une part en haut : l'aile médiale du ptérygoïde et le constricteur du pharynx au niveau du rhinopharynx, d'autre part en bas le même constricteur supérieur du pharynx au niveau de l'oropharynx.

Constitution :

On distingue deux loges :

- la loge interne contenant le ptérygoïdien interne et l'espace para-amygdalien, lequel communique en bas avec la région sous-mandibulaire ;
- la loge externe contenant le ptérygoïdien externe, les vaisseaux maxillaires

internes, le nerf maxillaire inférieur et un prolongement de la boule graisseuse de Bichat.

Elle communique avec les régions génienne, masseterine et temporale.

▪ **Région parotidienne.**

.Limites :

- En avant : le bord postérieur de la branche montante de la mandibule.
- En arrière : l'apophyse mastoïde et le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.
- En dedans : l'apophyse styloïde avec les muscles et ligaments styliens.
- En dehors : c'est la paroi d'exploration clinique.

Constitution :

De la superficie à la profondeur on distingue :

- la peau
- le pannicule adipeux et le facias superficialis ;
- le tissu cellulaire et l'aponévrose cervicale superficielle ;
- la loge parotidienne avec la parotide, le nerf facial et ses branches, l'artère carotide externe et ses branches, les veines parotidiennes.

Il faut noter que la glande parotide déborde nettement la « région » parotidienne décrite ci-dessus dans une perspective sémiologique.

▪ **Région palatine :**

Limites :

- En avant et latéralement : l'arcade dentaire supérieure.
- En arrière : le bord libre du voile du palais.

Constitution :

- En avant : l'apophyse palatine des maxillaires recouverte d'une fibromuqueuse (il n'y a pas de tissu cellulaire à cet endroit).
- En arrière : le voile du palais qui est constitué d'avant en arrière de divers éléments :

- +la muqueuse buccale,
- +un plan musculaire,
- +une couche de tissu cellulaire,
- +la muqueuse nasale.

- **Plancher buccal :**

Il est représenté par l'ensemble des parties molles qui ferment en bas la cavité buccale.

Limites :

- En avant et latéralement : le corps de la mandibule.
- En arrière : l'os hyoïde.

Constitution :

Il est divisé par les muscles mylohyoïdiens :

- en étage sus-mylohyoïdien qui comprend au milieu la région linguale, et latéralement les régions sublinguales ;
- en étage sous mylohyoïdien qui comprend au milieu la région sus hyoïdienne médiane (ou région sous mentale), et latéralement les régions sus hyoïdiennes latérales (ou région sous-mandibulaires).

- **Région linguale comprend :**

- l'espace médio-lingual entre les muscles génioglosses : c'est le nœud cellulaire de la langue et du plancher buccal ;
- l'espace infra-lingual entre génioglosses et géniohyoïdiens, ne comportant que très peu de tissu cellulo-adipeux.

- **La région sublinguale :**

Elle contient la glande sublinguale et du tissu cellulaire. Elle communique avec le côté opposé et la région sous-maxillaire.

- **La région sus hyoïdienne :**

De la superficie à la profondeur elle est constituée par :

- la peau
- un pannicule adipeux,
- le peaucier du cou

- du tissu cellulaire en continuité avec celui de la face et du cou ;
- le digastrique en avant et la glande sous-maxillaire en arrière.

- **Commissure inter-maxillo-mandibulaire :**

Région charnière, c'est aussi une région carrefour entre diverses loges celluluses.

Limites :

- En arrière : la gouttière du bord antérieur de la branche montante entre ses deux lèvres, externe et interne et, plus en dedans, le ptérygoïdien interne.
- En dehors : la lèvre externe du bord antérieur de la branche montante (dont le relief est facilement appréciable à la palpation, et qui se continue en haut avec le bord antérieur du coroné et en bas avec la ligne oblique externe du corps mandibulaire).
- En dedans : le relief formé par le ligament ptérygomandibulaire.
- En haut : la crête maxillaire et la dent de sagesse supérieure.
- En bas : la crête mandibulaire avec la dent de sagesse inférieure.

Constitution :

D'avant en arrière on distingue :

- la muqueuse mobile en dehors des crêtes osseuses ;
- une couche de tissu cellulaire qui est en continuité avec celui des diverses régions voisines :
 - + En avant et en dedans : les régions sublinguale et sous-maxillaire ;
 - + En dehors : la joue avec les gouttières vestibulaires supérieure et inférieure ;
 - + En arrière : la région amygdalienne et le voile du palais ;
- le buccinateur qui s'insère successivement de haut en bas sur :
 - + L'os alvéolaire du maxillaire en regard des trois dernières molaires;
 - + Le ligament ptérygomandibulaire ;
 - + La crête buccinatrice ;
 - + L'os alvéolaire de la mandibule en regard des trois dernières molaires ; + La boule graisseuse de Bichat.

- **Région temporale**

Bien que située sur la partie latérale du crâne, nous la décrivons ici étant donné

ses rapports anatomiques avec la face.

Limites :

- En haut : la ligne courbe temporale supérieure.
- En avant : l'apophyse orbitaire externe du frontal et le bord postéro supérieur du malaire.
- En bas : l'arcade zygomatique.

Constitution :

A la partie inférieure, on distingue successivement de la superficie vers la profondeur :

- la peau (recouverte de cheveux en arrière) ;
- du tissu cellulaire (en continuité avec celui de la face) ;
- l'aponévrose épicroânienne ;
- l'aponévrose temporale, divisée en deux lames formant un intervalle contenant de la graisse ;
- une nappe adipeuse (prolongement de la boule graisseuse de Bichat) ;
- le temporal qui descend pour s'insérer sur le cornet, d'où une communication de cette région avec la région ptérygomandibulaire.

- **Description de la dent** :[4,7, 13]

C'est l'organe le plus dur de l'organisme. Il résiste longtemps au feu et sert ainsi à l'identification en médecine légale.

Son corps est principalement composé de dentine. Ce tissu est minéralisé à 80% (contre 70% pour l'os) par l'hydroxyapatite. Les 20% restant constituent la trame organique, composée essentiellement de collagène. La dentine est perforée de micro-tubes ou tubulis dentinaires. Ceux-ci contiennent les prolongements des cellules dentaires, les odontoblastes. Ces cellules tapissent la périphérie de la cavité pulpaire. Elles synthétisent la dentine tout au long de vie, de manière centripète, et à un rythme très lent.

Le tissu pulpaire assure innervation et leur vascularisation en provenance des racines dentaires. Les odontoblastes synthétisent en réponse à l'agression carieuse une dentine réactionnelle.

La couronne est recouverte d'émail, tissu minéralisé à plus de 97%. Il est moins épais sur les dents temporaires. La racine est recouverte de cément, où s'enracinent les fibres collagéniques et élastiques du ligament alvéolo-dentaire ou desmodonte.

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

La dent est implantée dans l'os alvéolaire par une à trois racines. Les racines dentaires se terminent par un apex dont l'ouverture de moins de 1 mm permet la vascularisation et l'innervation de la dent (par le nerf mandibulaire).

Les dents sont portées par le maxillaire (mâchoire supérieure) et la mandibule (mâchoire inférieure).

- Dents et leurs rapports avec les éléments de voisinage [9, 12,23]

Il faut considérer les rapports des dents (et plus particulièrement les rapports des apex) avec :

- les tables osseuses;
- la fibromuqueuse gingivale;
- les loges celluleuses voisines.

➤ Rapports avec les tables osseuses :

- **Au maxillaire :**

- l'apex de l'incisive latérale, les apex palatins de la première prémolaire et des molaires sont situés plus près de la table interne que de la table externe. Tous les autres apex sont situés plus près de la table externe que de la table interne

- **A la mandibule :**

- les apex des incisives, de la canine et de la première prémolaire sont situés à proximité immédiate de la table externe.

- les apex de la première prémolaire et de la première molaire sont sensiblement médians par rapport aux deux tables osseuses.

- les apex des deux dernières molaires sont situés à proximité immédiate de la table interne.

➤ **Rapports avec la fibromuqueuse gingivale:** [23]

- La Fibromuqueuse gingivale (ou gencive « attachée ») dont le bord libre festonné sertit les dents, est directement au contact de l'os alvéolaire.

- En l'absence de tissu cellulo-adipeux, il n'y a pas de cellulites à proprement parler, l'infection d'origine dentaire réalise un petit abcès appelé « parulie » qui soulève la fibromuqueuse. Sur le palais, la fibromuqueuse se continue par une fibromuqueuse qui est également adhérente à l'os. Comme précédemment, l'infection d'origine dentaire entraîne un abcès « sous-périosté »

-Par ailleurs, la fibromuqueuse se continue par son élément profond avec le périoste recouvrant le maxillaire et la mandibule, et par son élément superficiel par la muqueuse vestibulaire. Entre les deux éléments se trouve du tissu cellulaire.

➤ **Rapports avec les loges cellulaires péri-maxillaires : La classification topographique de la cellulite** [8,12, 25,31]

• **Au maxillaire :**

La situation des apex par rapport au vestibule et des insertions musculaires (notamment celles du buccinateur en arrière) font que l'infection d'origine dentaire intéresse le plus souvent :

- la lèvre supérieure lorsque l'incisive centrale est concernée et donne la **cellulite labiale supérieure**

- la région nasogénienne lorsque l'incisive latérale est concernée et donne la **cellulite nasogénienne**

- La région génienne lorsque la canine et les prémolaires sont en cause : c'est la **cellulite génienne haute**

- le vestibule lorsque les molaires sont en cause (ces dents ont, en effet, des racines vestibulaires courtes et des apex situés au-dessus des insertions du buccinateur) :c'est la **cellulite vestibulaire**

-La région ptérygomaxillaire lors d'une infection apicale d'une dent de sagesse supérieur généralement et donne la **cellulite ptérygomaxillaire**

-La région temporale peut être atteinte par complication d'autre forme et donne la **cellulite temporale**.

• **A la mandibule :**

Du côté interne, la deuxième prémolaire et la première molaire ont des apex qui sont situés sensiblement à la hauteur de la ligne mylohyodienne (l'infection peut ainsi intéresser, suivant les cas, l'une ou l'autre loge) ; les deuxième et troisième molaires ont des apex situés au-dessous de la ligne mylohyoïdienne (l'infection

intéresse alors essentiellement la région sous-mandibulaire) et donne la **cellulite sous mandibulaire**. Du côté externe, l'infection intéresse avant tout la région mentonnière lorsque les incisives et la canine sont en cause et donne **cellulite mentonnière ou la cellulite labiale** et la région génienne basse lorsqu'il s'agit des prémolaires d'où la **cellulite génienne basse**

-Une infection de la dent de sagesse inférieure peut diffuser à travers la table osseuse externe pour atteindre le masséter ou espace situé entre le ptérygoïdien médiale en dedans et la branche montante mandibulaire en dehors pour donner respectivement la **cellulite masséterine ou ptérygo-mandibulaire**. La dernière forme peut être due à une anesthésie tronculaire du nerf dentaire inférieure à épine de spix

- **Classification selon la clinique :** [1,17 ,26]

Il y a trois formes

- **La cellulite aigue séreuse :**

Elle constitue le premier degré de inflammation du tissu cellulaire, les quatre signes cardinaux de l'inflammation sont présentent : tumeur, chaleur, rougeur et douleur. Elle se caractérise par au début par une tuméfaction comblant les sillons et efface les méplats. Elle est arrondie, recouverte d'une peau tendue, lisse et chaude. A cette phase le signe de godet est négatif, l'œdème est plus ou moins volumineux suivant la quantité de tissu cellulaire. Il est important de noter que la gravité de l'infection n'est pas proportionnelle à la dimension de l'œdème. Une asymétrie faciale est visible avec des trismus d'autant plus marquée que la dent causale est plus postérieure.

- **La cellulite aigue suppurée :**

Elle fait suite à la phase séreuse et se caractérise par l'abcédassions. Elle est la forme la plus fréquente. La tuméfaction observée lors du premier stade renfermait du sérum ; elle va maintenant contenir du pus. Ce pus est constitué d'un conglomérat de débris tissulaire nécrosé. Il contient également des germes actifs. La consistance et l'odeur de ce pus varient en fonction des germes en cause .En générale, il est épais, bien lié, jaune verdâtre et d'odeur fade. Ces cellulites circonscrites se caractérisent par une réaction collagéniques tendant à limité le foyer inflammatoire et aboutissant finalement à son enkystement tandis que le pus se collecte dans une cavité centrale.

- **La cellulite gangreneuse :**

Bien que rare, de nos jours la cellulite gangreneuse existe toujours. Il s'agit

d'une forme particulière de la cellulite aigue à germe anaérobie entraînant une production de gaz et une nécrose tissulaire.

Son installation se fait secondairement au développement d'un abcès banal.

3) RAPPEL HISTO- EMBRYOLOGIQUE [2 ,5 ,31]

- **Histo-Embryologie crânio-faciale**[31]

Le développement du massif cranio-facial commence à la fin de la troisième semaine de la vie intra-utérine .Le développement facial est organisé autour de la bouche primitive (stomodeum) .Au début de la quatrième semaine, extrémité céphalique de l'embryon est grossièrement arrondie. Peu à peu, se développent des renflements (bourgeons faciaux) qui s'organisent autour d'une dépression provisoirement obturée par la membrane pharyngienne.

C'est l'arc pharyngien (arc mandibulaire) qui donne à sa partie supérieure les deux bourgeons du maxillaire supérieur et dans sa partie centrale, les deux bourgeons mandibulaire

Les bourgeons faciaux sont constitués de tissu mésenchymateux (au sein duquel se développe les structures cartilagineuse, musculaire et osseuses et d'un revêtement épiblastique) .C'est un tissu conjonctif lâche comportant des fibres élastiques et collagènes disposés en faisceaux, des cellules libres et d'un tissu adipeux cloisonné.

Vers la cinquième semaine on distingue :

- le bourgeon fronto-nasal
- les deux bourgeons maxillaires
- les deux bourgeons mandibulaires

Ces bourgeons se modifient en forme et en volume et s'organisent autour du stomodeum. Ils tentent à se fusionner par soudure. Les malformations peuvent survenir à cette phase.

Le cloisonnement de la bouche primitive se fait par la fusion sur le plan médian des bourgeons nasaux et maxillaire supérieur, qui vont former à la partie antérieure du stomodeum le palais primitif vers la septième semaine .En même temps se développe une lame médiane (cloison nasale) et deux lames latérales (processus palatins) qui fusionnent pour donner le palais secondaire après abaissement de la langue entre la septième et dixième semaine.

- **Histo-embryologie dentaire** [2,5]

Les organes dentaires issus de la cellule de la crête neurale se différencient dès la septième semaine et tous les germes sont présents à la dixième semaine.

Vers le deuxième mois, des épaissements se forment au niveau du revêtement épithélial du stomodeum. Au niveau de cette zone apparaît une invagination en forme de fer de cheval le long des maxillaires.

La lame dentaire ainsi formée va donner de place en place des petits renflements

médiaux qui vont devenir les bourgeons dentaires.

Chaque bourgeon va ensuite évoluer et passer par différentes stades : cupule puis cloche dentaire.

Le germe dentaire au stade de bourgeons est composé de trois grands ensembles :

-**L'organe de L'email** dérive de épiblaste stomodeal, limite à sa périphérie par la membrane basale

-**La papille primitive** dérive d'ectomesenchymateuse

-**Le follicule fibreux**, par formation mesenchymateuse périphérique

Au terme d'odontogenèse :

-Les ameloblastes sécréteurs d'email sont différencié

-Les cellules périphériques de la papille primitive, au contact de la membrane basale vont se différencier en odontoblastes sécréteurs de la dentine

-Le reste de la papille va donner la pulpe qui se retrouver emprisonnée dans la dentine.

4) ÉTIOLOGIE[11, 14]

- **Mortification pulpaire :**

La mortification de la pulpe dentaire est le dénominateur commun de la majorité des étiologies dentaires :

- **la carie dentaire** en est bien sûr, la cause primordiale : l'infection diffuse dans l'espace desmodontal et évolue sur un mode aiguë, soit se « refroidit » pour aboutir au granulome et au kyste péri apical, qui peuvent se« réchauffer » et ramener au cas précédent.

- **les traumatismes dentaires**

Il aboutit au même résultat, parfois après une simple contusion, à bas bruit ou une nécrose pulpaire : [14]

- **Infection parodontale :**

Le tissu cellulo-adipeux peut être infecté par les germes venus d'une poche parodontale, soit directement, soit après nécrose pulpaire. Ces causes sont le plus souvent des accidents d'éruption surtout de la dent de sagesse: péri-coronarite.

- **Gestes thérapeutiques :**

Ce sont en général des complications dues aux traitements endodontiques mal conduits :

- Les obturations juxta pulpaire ;
- Le détartrage et /ou surfaçage;
- Les tailles agressives sur dents vivantes ;
- Ainsi que les traitements orthodontiques : tractions ou pression excessives peuvent conduire à une nécrose progressive ;

.Les germes en cause :

Il s'agit d'une infection à germes multiples, dont l'évolution dépend du processus infectieux étiologique. C'est une flore aérobie et anaérobie. Les germes aérobies sont des streptocoques alpha ou bêta-hémolytiques, des staphylocoques ou des neisseria [13, 14,18]. Les germes retrouvés au sein des lésions périodontales infectieuses d'origine dentaire sont le plus souvent des germes de la cavité buccale, au sein de laquelle se développe toujours une flore poly microbienne

Tableau de la flore buccale endogène :

Bactéries à Gram +

Cocci aérobies anaérobies facultatif

- Streptocoques alpha hémolytiques. + + + +
- Streptocoques bêta hémolytiques. +
- Streptocoque non hémolytiques + + +
- Staphylocoques + + +
- cocci anaérobies + + +

Bacilles aérobies anaérobies facultatifs :

- actinomyces + + +
- lactobacilles + + +
- Diphtéroïdes + + + +

Bactéries à Gram –

- cocci aérobies anaérobies facultatifs : + + +

- cocci anaérobies + + + +
- Bacilles aérobies bacilles facultatifs +

Bacilles anaérobies :

- Bacteriodes + + +
- prevotella, porphyremonas sp. + + +
- Fusobacterium sp. + + +
- Spirochètes

- **Affaiblissement des défenses de l'hôte :**

Il joue un rôle essentiel en le désarmant contre les infections banales .

Il peut être lié à des facteurs :

- **Physiologiques**

-l'âge,

-la grossesse (dernier trimestre)

-la nutrition (carence protéique et vitaminique)

- **Environnementaux**

- traumatisme physique

- et psychique

- **Immunitaires**

-congénitaux

-acquis (les syndromes de l'immunodéficience acquise, les traitements immunosuppresseurs, le diabète et sa micro angiopathie, l'obésité, l'insuffisance hépatocellulaire d'origine virale ou alcoolique, notamment).

- **Prescription médicamenteuse :**

Une prescription médicamenteuse inappropriée peut être une cause favorisante. Selon PONS[1,19] les anti-inflammatoires stéroïdiens ou non stéroïdiens, ont une action dépressive sur les mécanismes humoraux de défense immunitaire contre l'infection. Une antibiothérapie inadaptée est un facteur de sélection et de résistance des germes.

5) PHYSIOPATHOLOGIE:

Elle se fait directement hors de la gencive, par voie sous périostée. L'infection atteint le péri apex, traverse l'os et le périoste, colonise les parties molles péri osseuses qui sont constituées par un tissu cellulo-adipeux remplissant les espaces délimités par les zones d'insertions musculo-aponévrotiques au niveau des tables osseuses internes ou externes. Parallèlement, une propagation par voie veineuse et lymphatique est bien entendue possible et constituent un facteur de diffusion précoce de l'infection dépassant rapidement des barrières anatomiques locales et envoyant des métastases septiques à distance depuis la base du crâne au médiastin [5, 16].

6. TABLEAUX CLINIQUES

Fig : N°3 : Abcès sous périosté palatin

Abcès sous-périosté palatin

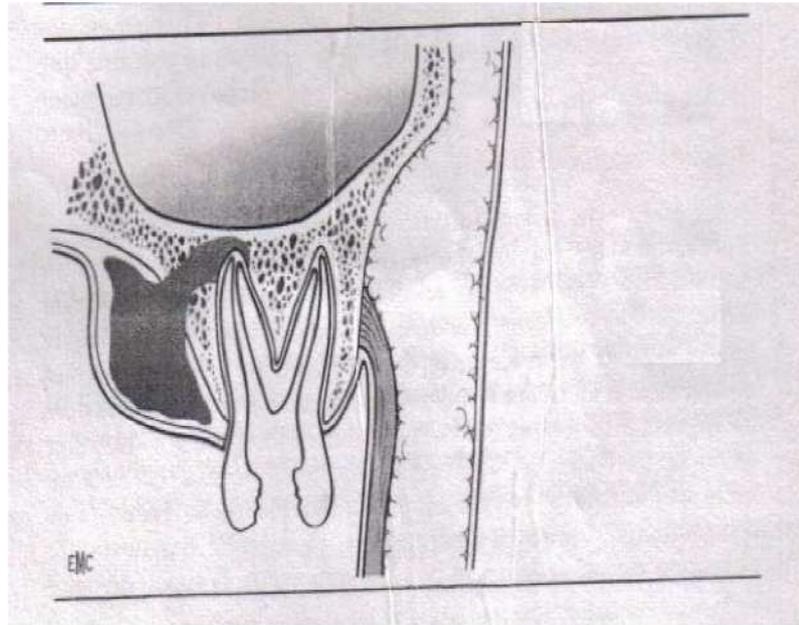
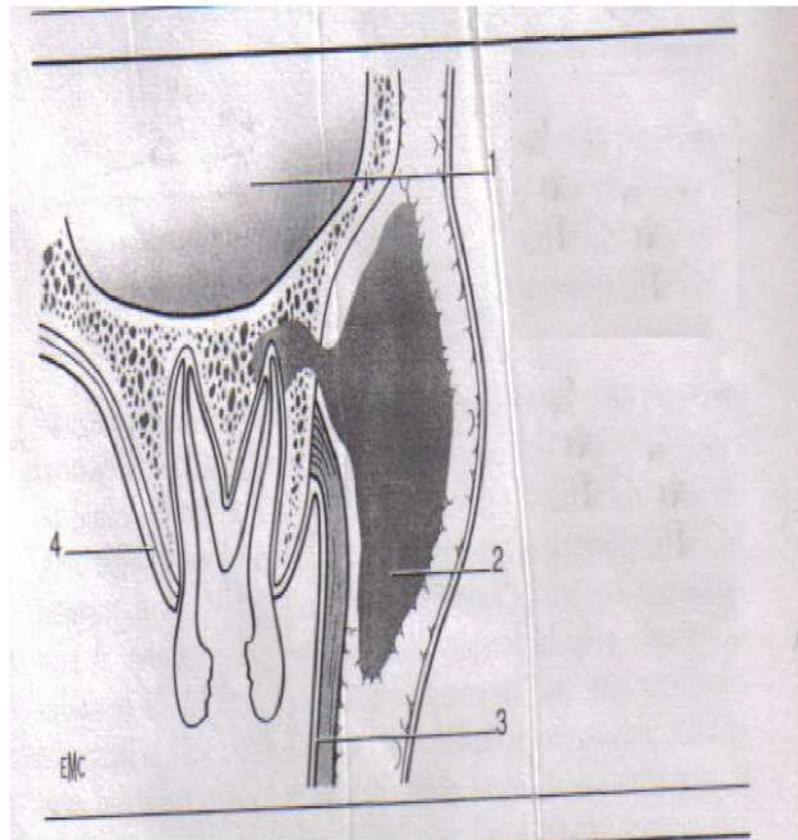


Fig:N°4 : Cellulite jugale

Cellulite jugale.
1.Sinus maxillaire ;
2.muscle buccinateur ;
3. Muqueuse vestibulaire ;
4. Fibromuqueuse palatine.



Source/ : Peron J M ET Mangez JF[10]

Haut



-Cellulite séreuse :

La cellulite séreuse est le tableau initial inflammatoire; les signes de la desmodontite aiguë prédominant :

-douleurs violentes spontanées, exacerbées par le contact de la dent antagoniste (dent « trop longue ») et le décubitus ; puis peu à peu apparaît une tuméfaction assez mal limitée, comblant les sillons ou dépressions de la face effaçant les méplats, la peau en regard est tendue, lisse, rosée ; elle est collée à l'os sous-jacent douloureux avec augmentation de la chaleur locale ; elle est élastique et ne prend pas de godet.

L'examen endobuccal retrouve une muqueuse soulevée et rouge au voisinage d'une dent qui ne répond pas au test de vitalité ; elle est légèrement mobile et la moindre tentative de percussion axiale serait très douloureusement ressentie. A ce stade, les signes généraux sont en rapport avec l'intensité de la douleur qui est calmée incomplètement par les antalgiques.

Une radiographie panoramique est nécessaire pour préciser l'état de l'os autour de la dent responsable et réaliser un bilan de débrouillage du reste de la denture. [31]

- Cellulite suppurée :

En absence de traitement approprié la cellulite suppurée s'installe dans les jours qui suivent et les caractères généraux d'un abcès sont maintenant présents.

Le patient qui dort peu depuis plusieurs jours et qui s'alimente difficilement d'autant plus qu'existe un trismus, est pâle, fatigué, fébrile. Sa douleur est devenue lancinante avec céphalée et sensation de battements au niveau de sa tuméfaction faciale. A ce niveau, la peau est rouge, chaude et luisante ; la palpation prudente permet de constater que cette tuméfaction s'est limitée, elle fait « corps avec l'os » ; les téguments prennent maintenant le godet et au bout d'un certain temps d'évolution, une fluctuation peut être retrouvée.

Dans la cavité buccale, l'examen difficile retrouve un soulèvement muqueux oblongue, rouge et très douloureux qui comble le cul de sac vestibulaire au voisinage de la dent causale ; cette constatation peut parfois également être faite au niveau palatin ou au niveau de la table interne de la mandibule.

A ce stade, en dehors de signes généraux graves témoignant d'une toxoinfection, il est crucial de dépister l'installation d'éventuels signes locaux de gravité, dont la constatation doit permettre d'anticiper une évolution pouvant mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel :

- un érythème qui, à partir de la tuméfaction, tend à s'étendre vers la partie basse du cou ou déjà vers les creux sus-claviculaires et la fourchette sternale ;

- une tuméfaction sus-hyoïdienne latérale qui tend à progresser vers la région cervicale médiane ou l'inverse ;
- une crépitation neigeuse au palper de la tuméfaction ;
- une tuméfaction du plancher buccal, qui n'est plus la collection limitée au niveau de la table interne de la mandibule et parfois déjà associée à un œdème lingual débutant ;
- une douleur oropharyngée très vive, qui gêne la déglutition salivaire et s'accompagne d'un trismus serré ;
- une tuméfaction jugale qui ferme l'œil du patient. [27,31]

- Évolution :

L'évolution spontanée de cet abcès est encore malheureusement observée, le plus souvent la collection se fistulise à la peau et ou à la muqueuse : cette « soupape de sécurité », si elle permet un soulagement transitoire, laisse les problèmes en place ; et pour peu qu'un traitement antibiotique « efficace » soit institué, le passage à la forme gangreneuse avec une nécrose tissulaire est assuré.

Cette évolution peut également se faire vers des complications propres à l'unité anatomique dans laquelle l'infection s'est développée, ou alors vers la diffusion de l'infection vers les régions voisines, pouvant à son tour gagner les espaces cervicaux, voire le médiastin. [31]

- Tableau clinique particulier en fonction de la localisation de l'infection :

- Cellulites péri mandibulaires : [14, 30 ,32,33]

• **Groupe incisivocanin :**

La collection se développe du côté de la table externe où elle contourne les insertions des muscles carré et houppe du menton : au-dessus, elle est superficielle, vestibulaire, donnant un aspect de grosses lèvres, au-dessous, elle est profonde et se développe dans l'éminence mentonnière, voire la région sous mentale. L'étiologie de la mortification incisive due à un traumatisme oublié est classique, ce tableau peu fréquent n'appelle pas de discussions diagnostiques. [30]

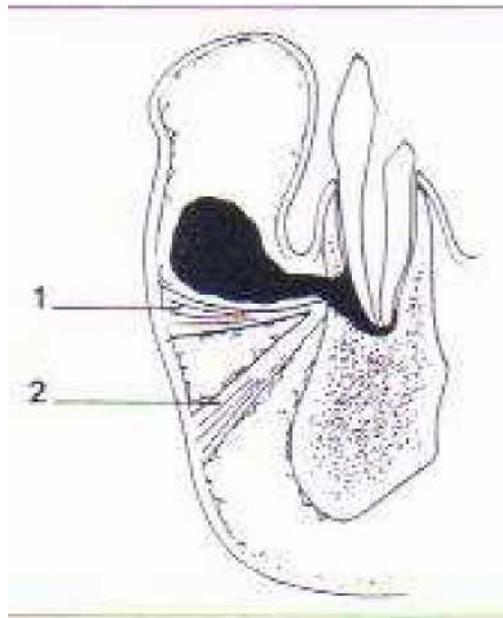


Figure 5 : Cellulite labiale inférieure [33]
1. muscle carré du menton
2. muscle de la houppe du menton



Photo: Patient présentant une cellulite labiale inférieure.[33]

- **Groupe prémolomolaire:**

Différentes localisations peuvent se rencontrer, voire s'associer.
Le plus souvent, la collection se situe en dehors de la mandibule.

-Cellulite génienne:

La symptomatologie est dominée par la limitation d'ouverture buccale d'autant plus intense que la dent est postérieure avec association d'une otalgie réflexe. Le soulèvement muqueux vestibulaire est centré en regard de la dent causale ; au bout d'un certain temps d'évolution, parfois d'emblée, une tuméfaction génienne, au-dessus du bord inférieur de la mandibule, se développe de façon concomitante. L'anatomie de la région explique pourquoi « l'abcès migrateur » ou buccinato-maxillaire de Champret et l'Hirondel se collecte dans cette région après le pus, issu de l'alvéole de la dent de sagesse, acheminé le long de la gouttière buccinatomaxillaire.[33]

En fait, les infections provenant des molaires empruntent le même chemin ; ce qui peut rendre difficile l'identification de la dent causale quoi qu'il en soit, le diagnostic de cette cellulite ne pose pas de difficulté ; le kyste sébacé abcédé peut être évoqué pour discuter.

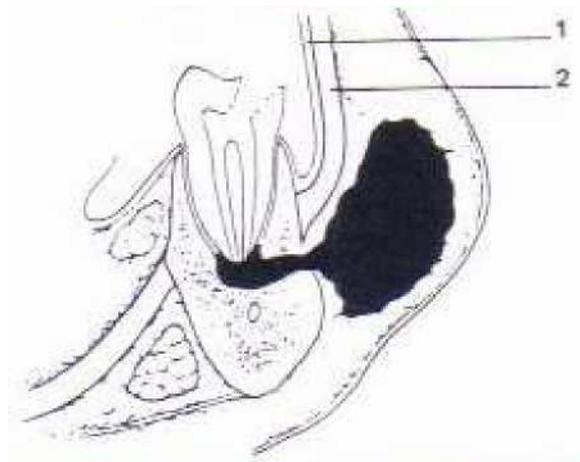


Figure 6 : Cellulite génienne basse [33]

- 1- Muqueuse vestibulaire.
- 2- Muscle buccinateur;



Photo : Patiente présentant une cellulite génienne basse côté gauche. [33]

-Cellulite massétérine :

Elle est peu fréquente et, classiquement, l' « accident de la dent de sagesse » en constitue le type de description, cependant, l'anatomie nous apprend que cette dent est linguale : il faut donc admettre qu'il s'agit plus volontiers d'un accident sur dent de sagesse en mal position avec la racine vestibulaire. Les autres molaires sont exceptionnellement en cause.

Le tableau est dominé par un trismus très serré et des douleurs intenses qui rendent compte de la difficulté de l'examen : la tuméfaction est plaquée sur la face externe de l'angle mandibulaire, tandis qu'une tuméfaction vestibulaire est visible en dehors du bord antérieur de la branche montante. Le problème ici est de bien voir si la collecte n'a pas tendance à s'étendre au niveau de la face interne, ou au niveau de la partie postérieure du plancher buccal, ce qui change radicalement le degré d'urgence.

En effet, l'abcès collecté initialement sous le masséter peut diffuser par l'échancrure sigmoïde vers la région para-amygdalienne et les espaces infra-temporaux. Le tableau de cette cellulite ne peut être confondu avec celui d'une parotidite qui comble l'espace inter-mandibulaire-mastoïdien en soulevant le lobule de l'oreille. L'anamnèse et l'examen endobuccal retrouvant un écoulement de pus par l'orifice du canal de Sténon, éliminent cette hypothèse diagnostique. Parfois, l'abcès se collecte en dedans de la mandibule, de part et d'autre du muscle mylohyoïdien. Le trismus, la douleur, rendent également l'examen difficile. [22,28].

-Cellulite sous-mylohyodienne :

La tuméfaction fait corps avec le bord basilaire de la branche horizontale et s'étend dans l'espace sus-hyoïdien latéral, pour évoluer vers les téguments cervicaux. Le plancher buccal est œdémateux simplement : la collecte n'est pas à ce niveau. Ce n'est pas une sous-maxillite aiguë : La tuméfaction reste séparée du bord inférieur de la mandibule ; ce n'est pas un adénophlegmon cervical, dont le point de départ se situe au niveau de la région sous-digastrique. [22,28]

.

-Cellulite sus-mylohyoïdienne :

C'est la « cellulite du plancher buccal », peu fréquente, dont le danger primordial est l'obstruction des voies aériennes. La dent de 6 ans en est souvent la cause. La tuméfaction est collée à la table interne de la branche horizontale en regard de la dent causale, puis elle gagne le sillon pelvi lingual :

Tuméfaction sous muqueuse rouge qu'il sera facile de différencier d'une péri-whartonite (antécédent, pus à l'orifice du canal de wharton, radiographie occlusale). Enfin, le creux sous mandibulaire se comble. Les signes fonctionnels s'exacerbent :

- douleur,
- trismus,
- dysphagie avec hyper salivation et gêne à l'élocution.

Il faut considérer cette cellulite comme une urgence absolue dès ce stade ; en effet, plus ou moins rapidement l'œdème s'accroît et la langue se trouve refoulée, d'autant plus vite que la cellulite s'étend vers l'oropharynx et vers le plancher buccal antérieur. Le danger est dès lors patent chez un patient en équilibre ventilatoire précaire, que des manœuvres difficiles d'intubation peuvent décompenser brutalement. [22,28]

-Cellulites postérieures:

- Au niveau de la face interne mandibulaire, elles partagent le même degré de gravité que la cellulite du plancher, dont elles peuvent être l'extension.

. Ici encore le trismus serré, la dysphagie intense,

. L'otalgie violente rend compte de l'agitation du malade qui s'oppose à toute tentative de mobilisation. L'examen permet difficilement d'identifier la molaire responsable, bien souvent la dent de sagesse ; il est possible de visualiser le bombement du pilier antérieur du voile avec l'amygdale déjetée en dedans. Le reste du voile est normal ; il n'existe pas d'œdème de la luette. Ces constatations

importantes permettent d'écarter le diagnostic de phlegmon péri amygdalien et de bien reconnaître l'origine dentaire du processus infectieux.

Au niveau cervical, le phlegmon péri-amygdalien s'accompagne d'une adénopathie sous-digastrique très douloureuse, mais qui reste mobilisable ; Tandis que le phlegmon de la face interne se collecte dans l'espace sous parotidien antérieur, puis tend à gagner la région sous-maxillaire, qui n'est que la continuité anatomique : à l'effacement du méplat sous mandibulaire, succède à plus ou moins brève échéance, une collection latérale comme il a été vu précédemment. Sachant également que l'espace sous-parotidien antérieur est le carrefour des loges anatomiques cervico-faciales, qu'il met en relation avec les espaces cellulaires profonds conduisant au médiastin, l'examen tomodensitométrique est indispensable pour connaître les limites de la collection et adapter les voies d'abord pour drainer correctement la collection. Cette cellulite est heureusement d'observation exceptionnelle.

[20, 28]

-La cellulite temporale :[11]

Elle est également exceptionnelle de nos jours ; sa complication primordiale est la myosite rétractile du muscle temporal responsable d'une constriction permanente. Cette cellulite massétérine ; cliniquement, la déformation externe est discrète : il existe un effacement du méplat supra-zygomatique par rapport au niveau du vestibule buccal.

-Cellulites péri-maxillaires :

Par définition, elles ne se rencontrent qu'au niveau externe par rapport à l'os : là où existe du tissu cellulaire. Du côté palatin, la fibromuqueuse, peu extensible adhère fermement au plan osseux, ce qui limite le décollement, donnant un aspect en « verre de montre ».

- **. Groupe incisivo-canin :**

De façon analogue aux incisives mandibulaires, la collection issue en général d'une incisive centrale contourne ici le muscle myrtiliforme et intéresse, soit au-dessus de lui, le seuil narinaire, soit au-dessous, la lèvre supérieure en « museau de tapir ». L'incisive latérale peut parfois donner ce tableau, ou une cellulite vestibulaire, ou de façon plus spécifique un abcès palatin.

La canine est responsable d'une collection vestibulaire et naso-génienne, s'accompagnant d'un œdème diffusant rapidement à la paupière inférieure.

Ces cellulites sont à différencier, bien sûr, d'infections cutanées staphylococciques dont elles partagent toutefois le danger de thrombophlébite de la veine angulaire de la face. [33]

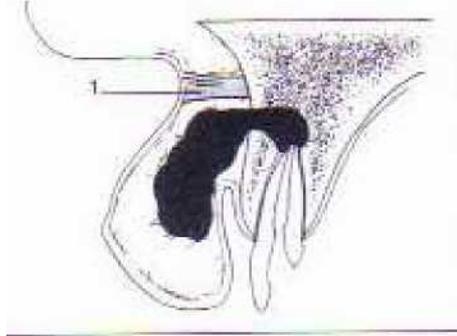


Figure 7 : cellulite labiale supérieure [33]
1- muscle myrtiforme



Photo: Patient présentant une cellulite labiale supérieure suite à un traumatisme. [33]

. Groupe prémolomolaire :

Les infections péri apicales des racines palatines de la première prémolaire ou des deux premières molaires sont responsables d'abcès palatins.

Du côté externe, tout dépend de la longueur des racines par rapport à la limite d'insertion maxillaire du buccinateur :

Au-dessous se constitue un abcès purement vestibulaire ; au-dessus se forme un abcès jugal qui bombe dans le vestibule buccal supérieur et distend la joue en s'étendant vers la paupière inférieure, dont l'œdème ferme la fente palpébrale au bout d'un certain temps d'évolution. Le danger primordial est celui de phlegmon périorbitaire avec son risque de cécité.

Chez l'enfant, il est important de souligner la rapidité avec laquelle peut évoluer ce type de cellulite : le traitement ne souffre d'aucun retard.

Enfin, c'est plutôt à l'occasion d'un épisode carieux ou parodontal que la dent de sagesse supérieure se mortifie ; elle peut être responsable d'un exceptionnel abcès infra temporal : la symptomatologie fonctionnelle est bruyante :

- trismus
- douleurs hémifaciales pulsatiles
- fièvre.

Les signes physiques désignant cette région profonde apparaissent progressivement :

- œdème temporal puis jugal,
- œdème bi palpébral puis jugal, installation d'une exophtalmie et d'une limitation de l'oculomotricité,
- dysesthésies sous-orbitaires et
- bombement des culs-de-sac vestibulaires supérieur et inférieur. Le scanner est indispensable pour localiser la collection.

Le risque primordial est celui de thrombophlébite ptérygoidien avec son risque d'extension au sinus caverneux

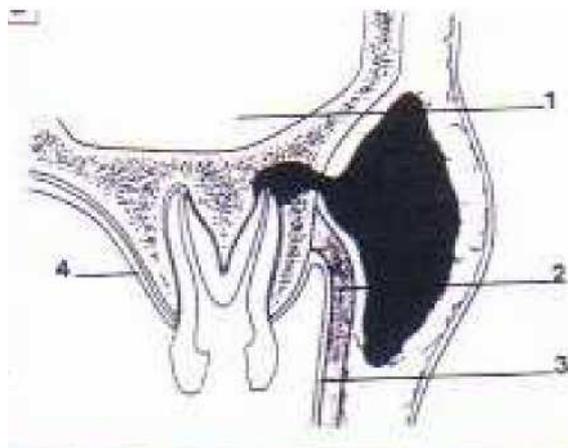


Figure 8: Cellulite génienne haute [33]

- 1- Sinus maxillaire
- 2- Muscle buccinateur
- 3- Muscle jugale
- 4- Muqueuse palatine



Photo : Patiente présentant une cellulite génienne haute avec œdème palpébrale inférieur gauche. [33]

- **Abcès sous-périostés**

Ces collections se développent dans les zones où la muqueuse buccale adhère au périoste sans couche de tissu cellulaire intermédiaire : cette disposition existe au niveau palatin, comme il a été vu précédemment, et au niveau de la fibromuqueuse gingivale attachée ; les parulis sont de petits abcès, surtout rencontrés chez l'enfant, provoqués par l'infection apicale de dents temporaires, qui se fistulisent rapidement, puis se reforment en l'absence de traitement, ou se pérennisent sous forme d'une fistule gingivale chronique.[30]

7. DIAGNOSTIC :[23]

Le diagnostic de cellulite aiguë n'est pas en général très difficile à poser :

- L'anamnèse,
- L'examen clinique exo et endo-bucal,
- un bilan radiographique simple :

Sont suffisamment explicites, même en cas de localisation particulière.

-8. TRAITEMENT : [1,20, 25,29]

-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.

- Traitement préventif

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 [25].

- Traitement curatif

• Moyens médicamenteux

➤ Les antibiotiques

En odontostomatologie, comme dans toute spécialité médicale, le choix et la prescription d'un traitement antibiotique font intervenir plusieurs critères :

- la nature du germe responsable de l'infection
- la pénétration des antibiotiques au niveau du foyer bactérien
leur activité sur la souche bactérienne en cause
- Etat général du patient

Les associations suivantes peuvent être efficaces :[1]

- L'amoxicilline ou la spiramycine associée au métronidazole
- Oxacilline + Métronidazole
- Clindamycine + Métronidazole
- Amoxicilline + Acide Clavulanique

➤ La corticothérapie

Les principales propriétés pharmacologiques des corticoïdes: anti-inflammatoires, antiallergiques, immunosuppresseives expliquent les multiples indications de ces médicaments [25].

On doit proscrire les AINS dans la prise en charge de ces infections [29].

➤ Les anticoagulants

Ils jouent un rôle important dans la prévention des thrombophlébites des veines faciales dans les cas graves. Deux molécules sont essentiellement utilisées [1]:

- L'héparine de calcium (fraxiparine)

— Les anti vitamines K

Les posologies sont fonction de l'état général du patient et la gravité de la pathologie.

- **Moyens chirurgicaux**

- **Ponction**

Elle peut être proposée pour effectuer un prélèvement bactériologique avant le drainage.

- **Anesthésie**

- **L'anesthésie locale**

Elle est faite au point de fluctuation ou à l'emplacement du signe de godet de préférence par infiltration traçante à la xylocaïne à 2 % sans adrénaline [1].

- **L'anesthésie régionale**

Elle se fait à distance du foyer infectieux. Il s'agit de l'anesthésie du nerf maxillaire inférieur à l'épine de spix ou au trou ovale devant des cas de trismus serrés. Dans les cas graves anesthésie peut être générale [1].

- **Incision :**

Elle doit être effectuée dans les conditions d'asepsie par endobuccal ou exobuccal selon les cas.

Il est toujours préférable d'avoir une voie d'abord muqueuse pour minimiser les séquelles esthétiques. L'incision doit être située à la partie déclive de la tuméfaction afin que l'abcès se draine correctement, en tenant compte des dangers anatomiques et des impératifs esthétiques [29].

- **Drainage :**

Après l'incision, les plans anatomiques sous-jacents sont disséqués avec une pince de Healdsted. Elle est introduite dans la collection, les mors fermés, progressivement les deux branches de l'instrument sont écartées pour permettre le drainage de la collection purulente [29].

- **Traitement étiologique**

Il s'agit d'une extraction ou de soin conservatif de la dent causale. Surfaçage ou chirurgie parodontale si elle est d'origine parodontale [29].

- **Indications**

- **Cellulites à évolution endobuccale**

Dans le cas de cellulite à évolution endobuccale, la collection émerge l'intérieur de la bouche donc l'incision sera le plus souvent endobuccale, elle doit tenir compte des dangers anatomiques tels que le nerf mentonnier.

- **Cellulites à évolution cutanée**

Dans ce cas la collection évolue en extra buccal avec le plus souvent une asymétrie du visage parfois accompagnée d'une fistule. L'incision, en plus des obstacles anatomiques (nerf facial), doit tenir compte des impératifs esthétiques.

II. OBJECTIFS

1-Objectif général

- Étudier les cellulites péri- maxillaires circonscrites aiguës d'origine dentaire au centre Hospitalier Universitaire d'odontostomatologie (CHU-OS) de Bamako.
- Sensibiliser les étudiants sur cette pathologie

2-Objectifs spécifiques

- Déterminer les aspects épidémiologiques et cliniques des cellulites péri maxillaires aiguës d'origine dentaire en fonction de certains paramètres sociodémographiques à savoir : sexe, classe d'âge, occupation des patients, résidence, délai de consultation, traitement, siège, type de dent concernée, topographie, traitement reçue au CHU-OS.
- Analyser nos résultats
- Faire des recommandations.

III-PATIENTS ET MÉTHODE

***CADRE ET LIEU DE L'ETUDE:**

Notre étude a été réalisée au CHU-OS de Bamako. Le C.H.U-O.S. est situé au quartier du fleuve de Bamako sur la rive gauche du Niger à l'Est de la primature.

C'est un centre hospitalier spécialisé en Odontostomatologie.

Centre de référence nationale, il a officiellement ouvert ses portes le 10 Février 1986. Érigé en établissement public à caractère administratif (E.P.A.) par la loi n°92-026/AN-RM du 05 octobre 1992, le CH.U-OS est devenu Établissement Public Hospitalier (EPH) par la loi n°03-23/AN-RM du 14 juillet 2003.

Il doit assurer 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 la formation continue des professionnels de santé
- conduire les travaux de recherche dans le domaine médical.

Le C.H.U-O.S. dispose, comme infrastructures, de :

Au réez de chaussée : 14 cabinets dentaires, 1 laboratoire de prothèses dentaires, 1 bureau d'entrée, 1 pharmacie hospitalière, 2 vestiaires.

Au premier étage : 12 salles d'hospitalisation, 2 salles d'opération, 3 bureaux, 1 salle de pansement, 2 cabinet dentaire de consultation stomatologique, 2 salles de garde.

Au deuxième étage : 2 salles de réunion, 1 salle informatique, 1 salle de stérilisateurs centraux, 1 salle de TP, 1 laboratoire de prothèses dentaires.

Annexes : 1 bureau de standard, 1 surveillance générale, 1 cuisine, 1 buanderie avec autoclave, 1 logement, 1 logement pour gardiens, 1 logement pour chauffeurs, les services administratifs, 1 morgue, 1 centrale de réseau de distribution d'air à usage médical et 1 centrale de distribution de gaz butane.

***TYPE D'ÉTUDE**

Notre étude était de type rétrospectif.

-Échantillonnage :

Notre étude a porté sur 378 patients présentant une cellulite aiguë péri maxillaire d'origine dentaire sur 2659 consultations soit 14,21%.

-Type de recrutement :

Le recrutement se faisait de façon accidentelle, sur transfert ou sur recommandation de tierce personne

- Collecte des données :

La collecte des données a été faite à partir de:

- les dossiers de consultation
- le registre du service de stomatologie
- les fiches d'enquête
- un ordinateur avec le logiciel SPSS.

- Critères d'inclusion :

Était inclus dans notre étude tout patient ayant consulté pour cellulite

Péri-maxillaire aiguë d'origine dentaire et dont la prise en charge a été acceptée par le patient.

- Critères de non inclusion :

Était exclu de l'étude toute pathologie autre que celle suscitée.

-Plan d'analyse et de traitement :

La saisie, et l'analyse des données, les calculs statistiques ont été effectués sur logiciel Word 2007et **SPSS**.

Les calculs statistiques ont été effectués avec le Chi 2 de Pearson avec un risque $\alpha < \text{ou} = 0,05\%$.

-Aspect d'Éthique :

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

IV. RÉSULTATS

Tableau I : Répartition de l'effectif des patients en fonction de la classe d'âges

Classe d'âges	Effectif	Fréquence(%)
0 -10	63	16,70
10-20	82	21,70
20-30	118	31,20
30-40	69	18,30
40-50	27	7,10
50-60	8	2,10
60-70	6	1,60
70-80	5	1,30
Total	378	100,00

La classe d'âges de 20 à 30 ans a été la plus représentée avec 31,20 % des cas

Tableau II : Répartition de l'effectif des pathologies en fonction du Sexe

Sexe	Effectif	Fréquence(%)
Masculin	166	43,91
Féminin	212	56,09
Total	378	100,00

Le sexe féminin a représenté 56,09% des cas avec un Sex-ratio de 1,28.

Tableau III : Répartition de l'effectif des patients en fonction de la nationalité

Nationalité	Effectif	Fréquence %
Maliennne	377	99,70
Autre	1	0,30
Total	378	100,00

La nationalité Maliennne a représenté 99,70% des cas
Autre : Guinéenne avec 0,30%.

Tableau IV: Répartition de l'effectif des patients en fonction de l'occupation

Occupation	Effectif	Fréquence (%)
Femme au foyer	114	30,15
Opérateur économique	52	13,75
Agent d'états	10	2,64
Élève+étudiant	119	31,48
Agriculteur	27	7,14
Sans profession	23	6,08
Autres	33	8,73
Total	378	100,00

Les élèves et étudiants ont représenté 31,48% des cas, suivis des femmes au foyer (30,15%) des cas.

Tableau V : Répartition de l'effectif des patients en fonction de la résidence

Résidence	Effectif	Fréquence(%)
CI	41	10,80
CII	30	7,90
CIII	22	5,80
CIV	69	18,30
CV	68	18,00
CVI	52	13,80
Autres	96	25,40
Total	378	100,00

Autres : malades résidant à l'extérieur de Bamako avec 25,40% des cas
 La communes IV a représenté 18,30% des cas

Tableau VI : Répartition des effectifs des patients en fonction du mode de recrutement

Mode de recrutement	Effectif	Fréquence(%)
Référé	18	4,80
Venu de lui-même	360	95,20
Total	378	100,00

Les malades venus d'eux même ont représenté 95,20% des cas

Tableau VII : Répartition de l'effectif des patients en fonction du temps de latence avant la consultation au CHU-OS

Temps de latence	Effectif	Fréquence(%)
< 72 h	106	28,00
<1 semaine	187	49,50
<2 semaines	55	14,60
>2 semaines	30	7,90
Total	378	100,00

Le temps de latence inférieur à une semaine a représenté 49,50% des cas

Tableau VIII : Répartition de l'effectif des patients en fonction du type de traitement

Méthode de Traitement	Effectif	Fréquence(%)
Médical	22	5,80
Automédication	192	50,80
Traditionnel	76	20,10
Non précisé	78	20,60
Traditionnel et automédication	10	2,60
Total	378	100,00

Les patients ayant recouru à automédication ont représenté 50,80% des casa.

Tableau IX : Répartition de l'effectif des patients en fonction de l'hospitalisation

Hospitalisation	Effectif	Fréquence(%)
OUI	5	1,30
NON	373	98,70
Total	378	100,00

Les patients ayant été hospitalisés ont représenté 1,30% des cas

Tableau X : Répartition de l'effectif des patients en fonction du siège de la cellulite

Siège	Effectif	Fréquence(%)
Maxillaire Supérieur Droit	48	12,70
Maxillaire Supérieur Gauche	36	9,50
Maxillaire Inférieur Droit	177	46,80
Maxillaire Inférieur Gauche	117	31,00
Total	378	100,00

Les cellulites mandibulaires ont représenté 77,80% des cas.

Tableau XI : Répartition de l'effectif des patients en fonction du type de la dent concernée

Type de Dents Concernées	Effectif	Fréquence(%)
Incisives	59	15,60
Canines	17	4,50
Prémolaires	103	27,25
Molaires	199	52,65
Total	378	100,00

Les molaires ont été les plus concernées par la cellulite avec 52,65% des cas

Tableau XII : Répartition de l'effectif des patients en fonction du traitement prodigué au CHU-OS

Traitement prodigué	Effectif	Fréquence(%)
Médical	143	37,83
Médico-chirurgical	235	62,17
Total	378	100,00

Le traitement médico-chirurgical a concerné 62,17% des cas

Tableau XIII : Répartition de l'effectif en fonction de la situation topographique

Situation Topographique	Effectif	Fréquence(%)
Jugale	97	25,66
Génienne	103	27,24
Sous mentonnière	43	11,37
Sous orbitaire	6	1,58
Labiale	11	2,91
Naso-génienne	5	1,32
Cervicale	17	4,49
Temporale	1	0,26
Sus-mylohyoïdienne	1	0,26
Non précisé	94	24,86
Total	378	100,00

La cellulite génienne a représenté 27,24% des cas suivie de celle jugale (25,66%) des cas.

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude de type rétrospective, a concerné les patients ayant consulté pour une cellulite aiguë péri-maxillaire d'origine dentaire et ayant été traités de janvier 2012 à décembre 2012 dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du C.H.U-O.S.

Sur 378 cas de cellulites aiguës recensées, le sexe féminin a représenté 56,09% avec un sex-ratio de 1,28.

La classe d'âge de 20 à 30 ans a été la plus concernée avec 31,2% des cas.

La majorité de nos patients étaient originaires du district de Bamako (74,6% des cas) .Les communes IV et V ont été les plus représentées .Les élèves et les étudiants ont été les plus touchés avec respectivement 31,48%.

- AU PLAN ÉPIDÉMIOLOGIQUE

- Selon la fréquence :

La cellulite péri-maxillaire circonscrite aiguë a représenté 378 cas sur 2659 soit une fréquence de 14,21%.KabaM, Cada S et Miquel J L [7] ont trouvé 396 cas de cellulite péri maxillaires sur 10421 consultations bucco- dentaires soit 4% à Kinshasa. Noumou Kouyaté dans son étude avait 8,24% des cas en 2006 au CHU-OS du Mali.

-Selon le sexe :

Le sexe féminin a représenté 56,09% des cas. Amrane et coll[2] ont trouvé dans leur étude 58%.LaroqueG et coll [8] ont trouvé53,06% de sexe féminin.

Des études faites à Dakar par Mboup N, Badiane C et Tine B ont trouvés 57,45% des cas. Au Burkina Faso, Traoré Amadou M a trouvé dans son étude 59,23% des cas

Par contre des études réalisées à l'hôpital Provincial de Mouilla à Kinshasa par Dilu N et au CHU de Yaoundé par Bengondoc H ont trouvé que le sexe masculin était le plus représenté avec 61,46 % [5, 8, 32]. Une étude réalisée à Kati au Mali par Diombana ML et coll chez des enfants en âge préscolaire a montré que l'indice CAO était plus élevé chez les garçons [26].

- En fonction de l'âge :

La classe d'âge 20 à30 ans a été la plus représentée avec 31,20 % des cas. Pour Dilu [5], en 2010 dans une étude faite à Kinshasa, cette tranche d'âge correspond à la période des préoccupations multiples déterminantes pour la vie et qui risquent de reléguer les soins dentaires au second plan. À cet âge correspond aussi la période où l'emprise des parents est pratiquement nulle pour veiller à une bonne hygiène bucco-dentaire. Laroque G et coll. [8] ont

trouvé dans deux (2) études successives une tranche d'âge de 25 à 35 ans.

- Selon la résidence :

74,6% des patients résidaient dans le district de Bamako.

- En fonction de l'occupation :

Les Élevés et Étudiants ont été les plus représentés avec 31,48% des cas.

Stéla et coll du danmark ont trouvé 21,03% des cas [20].

- Selon le maxillaire concerné :

La mandibule a été la plus concernée avec 77,80 % des cas.

Alain S de Guinée a trouvé 86,78% des cas.

- Selon le côté atteint :

Le côté droit a été le plus touché dans notre étude avec 59,50% des cas.

- Selon le cadran :

Le cadran IV a été le plus concerné avec 46,80% des cas.

- Selon la ou les dent(s) causale(s) :

La dent 47 a été la plus touchée avec 10,80% des cas et la dent 46 avec 10,60% des cas.

Amrane et Coll [2] ont trouvé 14,66% cas pour la dent 46.

- Selon les groupes de dents

Les molaires ont été les plus touchées avec 52,65%.

Alain S a trouvé 64,23% des cas pour les molaires.

- En fonction des traitements :

50,80 % de nos patients ont une automédication avant la consultation et 20,10% pour le traitement traditionnel. Laroque G et Coll [8] ont trouvé 63,12% des cas d'automédication. Pour le traitement médical l'association Bêta-Lactamine (Pénicilline, Ampicilline ou Amoxicilline) et dérivés imidazolés (Métronidazole injectable, ou per os) a été la prescription en général. Pour Diatine et coll, l'amoxicilline est toujours efficace sur les streptocoques et l'association Pénicilline + Métronidazole est recommandée dans les cellulites péri-maxillaires [24]. Aussi, pour Dubreul [28] cette association est indiquée dans les cas de cellulites circonscrites péri-maxillaires d'origine dentaire.

Les associations Oxacilline- Métronidazole ou Clindamycine- Métronidazole ou Amoxicilline-Acide clavulanique ont été retrouvée CHU-OS.

Le traitement chirurgical avec drainage et extraction de la dent causale représente la principale modalité thérapeutique pour les formes suppurées.

VI .CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

• CONCLUSION

Les cellulites sont des complications des pathologies dentaires ou parodontales en absence d'un traitement adéquat.

Elle entraîne une inflammation des tissus cellulaires qui peut être séreuse ou suppurée, limitée ou diffuse de ce tissu.

Du point de vue épidémiologique, nous avons noté que le sexe féminin a été le plus touché avec 56,09 % des cas avec un sex-ratio=1,28

La tranche d'âge **20 à 30** ans a été la plus représentée avec 31,20%.

L'automédication, la tradithérapie, sont autant des facteurs qui expliquent la consultation tardive au cabinet dentaire dont le délai de consultation est souvent supérieur à deux semaines.

La principale cause de notre série a été la carie dentaire et l'atteinte à travers les molaires mandibulaires a été la plus fréquente.

Sur le plan thérapeutique, la prise en charge a été sur tout médico-chirurgicale et ne pose en général aujourd'hui aucun problème au niveau du CHU-OS.

• RECOMMANDATIONS.

Nos recommandations iront :

1) Aux autorités socio sanitaires :

- Favoriser et améliorer la formation des étudiants de la filière d'odontostomatologie à la F.M.O.S.
- Mettre l'accent sur l'I.E.C. de façon médiatisée à la population avec des séances de communications pour un changement de comportement (C.C.C.) dans le cadre de l'hygiène bucco-dentaire,

- 2) Aux personnels de santé

- respecter les règles d'asepsie tant dans les blocs opératoires que dans les cabinets de soins
- Informer les patients sur les risques de complication des caries dentaires et toutes autres pathologies dentaires pouvant conduire à la cellulite.

3) Aux populations :

- Observer une bonne hygiène bucco-dentaire, et éviter les mauvaises habitudes pouvant conduire à des traumatismes dentaires.

4) A l'administration du C.H.U-O.S. :

- S'impliquer largement dans la promotion du service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale,
- Mettre l'accent sur la formation du personnel.
- .-Doter le service en instruments de radiographie conventionnelle.
- Equiper le bloc opératoire et les cabinets de soins en matériel moderne et adéquat.

5) Aux chirurgiens du service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale :

Participer à la formation des étudiants et stagiaires en techniques de soins et de petite chirurgie.

VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE LA SANTE

Prescription des antibiotiques odontologies et stomatologie : recommandation et argumentaire. Méd.

Mal infect 2002 ; 32 = 125-160.

2-AMRANE et coll dans fmc/spécialité médicales et chirurgicales/ orl : Etudes menées sur les cellulites péri-maxillaires d'origine dentaire. (google.fr. consulté 12 Juillet 2013)

3- COUL G

« Anatomie topographique maxillo-faciale ».

Encyclopédie Médico-chirurgicale (Éditions scientifiques et médicales SAS, Paris), 22-001-C-10, stomatologie, 1978.

4- DECHAUME M

« Complications cellulaires des infections dentaires et péri dentaires.

Précis de stomatologie.

Paris : Masson, 1966 = 323-362.

5-DENT-WIKIPEDIA

Description dent et parodonte.

www.wikipédia.org/wiki/dent-51, dernière modification 30juin 2013. (Consulté 12 Juillet 2013)

6- GAILLARD A

Cellulites et fistules d'origine dentaire-Encyclopédie Médico-chirurgicale. (Paris-France),

Stomatologie, 22033 A-10-2-1989, 10p.

7-KABA M, CADAS, MIQUEL J L

Cellulite péri maxillaire à l'hôpital provincial de Mouilla(Gabon)

Etude rétrospective de 3 ans (janvier1989-2 janvier1992)

Revue Stomatologie, 324 A-75-83

8-LAROQUE G et Coll.

Cellulites infectieuses

Médecine d'Afrique noire 1993,40(11).

9-PARHISCAR A, HAR – EL G

« Deep neck abcess» retrospective review of 210 cases.

Oto-rhino-laryngologie2001 ; 110 = 1051 – 1054.

10-PERON J M ET MANGEZ JF

Cellulites et fistules d'origine dentaire. Encyclopédie Médico-chirurgicale (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Paris).

Stomatologie/Odontologie, 22-033-A-10, 2002,1 4p.

11-RUCKAUSKAS J S.

Oral infection.

Infection Dis clin North Am 1999; 13 = 757 – 923.

12-SOCIETE DE PATHOLOGIE

Société Infectieuse de Langue Française et Société Française de Dermatologie. Conférence de consensus. Erysipèle et fasciite nécrosante= prise en charge- Méd Mal Inf 2000 ; 30 = 241-245.

13-WHITESIDES L, COTTO-CUMBA C, MYERS RAM .

Cervical necrotizing fasciites of odontogenicorigin : cases .

J Oral Maxillofac Surg 2000 ; 58 = 144-151.

14-BADOF, FLEURIDAS G, LOCKHART, CHIKHANIL, FAVRE – DAUVERGNE F, BERTRAND J C et al

Cellulite cervicales diffuses, à propos de 15 cas.

Rev stomatologie chirurgie Maxillo-faciale 1997 ; 98 = 266 – 268.

15-COLLEGE FRANÇAIS DE CHIRURGIE MAXILLOFACIALE ET DE STOMATOLOGIE

Les lésions dentaires et gingivales.

Université Claude Bernard de Lyon 2005: 31p.

16-DANIEL A., GUERRY A., GOUSSET C., POTEL G.

Étude comparative clarithromycine contre l'association métronidazole- spiramycine dans les infections dentaires.

Méd. Mal. Infect. 1999; 29: 462-466.

17-AKALLAL N., ACHIR A., REGRAGUI W., FARIK M. ZIDOUH S., BENCHEKROUN B. A.

La cellulite cervico-médiastinale nécrosante: un diagnostic à ne pas Méconnaître.

Rev. Pneumol. Clin. (Paris) 2002; 58 (6): 355-358.

18-ALHARRAR R., RACHIDI M., HAMOUDI D., BOUDERKAM. A., HARTI A.

Complication de l'intubation trachéale: cellulite cervicale grave.

Ann. Fr. Anesth. Réanim. 2006; 25 (2): 210-212.

19-ASSA. A., ADOUA. A., CREZOIT. G., et all.

Les cellulites diffuses et anti-inflammatoires.

Revue du COSA- chirurgie maxillo-faciale 1996; 3 (3): 25-27.

20-BADO F., FLEURIDAS G., LOCKHART R., CHIKHANI L., FAVRE-DAUVERGNE E., BERTRANT J. C., GUILBERT F.

Cellulites cervicales diffuses à propos 15 cas

Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 1997; 98 (4): 266-268.

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

Les cellulites cervico-faciales: à propos de 8 cas

Rev. Odontostomatol 1999; 10 (4): 11-18.

22-DELAFOSSÉ B., MOTIN J.

Oxygène hyperbare. Conférences d'actualisation: Service d'anesthésie réanimation, hôpital Edouard Herriot.

Elsevier, Paris, et SFAR 1996: 669-687.

23 - D E R O U X E .

Complications des infections dentaires.

Revue médicale de Bruxelles 2009; 22: 289-295.

24-DIATINE S.

Les cellulites aiguës diffuses du plancher de la bouche. Thèse de Chir. Dent.

Dakar 1988; n°21: 161 p.

25-DILU N., KANDI K., SYEBEL K., MUVOVA L.

Les cellulites d'origine dentaire à Kinshasa: aspects étiologiques.

Rev. Odontostomatol tropical 1998; 10 (4): 140-144.

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 Bilan CAO, et fréquence globale).

Médecine d'Afrique noire 1998; 45 (1): 47-50.

27-DOUMBE A. D.

L'actinomyose cervico-faciale.

Thèse Chir. Dent. Dakar 1988; n°19.

28-DUBREUIL L., NEUT C.

Optimization of the empiric therapy of cervicofacial cellulitis: microbiological argued points.

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

29-EYA'ANE M, TOURE B, NGONO E, KAMDEM T.

La pauvreté et l'ignorance: les causes de consultations tardives en Odontostomatologie au CHU de Yaoundé.

Rev. Odontostomatol. Tropical. 2001; 24 (94): 11-14.

30-FALL T. M.

Évaluation des besoins en santé bucco-dentaire de fin de cycle primaire de la commune de Diourbel (à propos de 1000 enfants).

Thèse: Chir. Dent. Dakar 2003; n°5.

31-FAVE A.

Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire.

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

32-GADEGBEKU S., CREZOIT G. E., AKA G., K. F., OUTTARAB.

Les cellulites et phlegmons maxillo faciaux graves en milieu Africain

Revue du COSA-CMF 1995; 2 (2): 8-11.

33-GAILLARD A.

Polycopiés de stomatologie.

DCEM stomatologie 1987: 24-33

VIII. ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE DE THÈSE

THÈME : CELLULITES PERIMAXILLAIRES CIRCONSCRITES AIGUES
D'ORIGINE DENTAIRE AU CHUOS DE BAMAKO

Fiche d'Enquête

État civil :

Nom

Prénom :

...

Sexe:

.....

Age :

.....

Ethnie :

.....

Nationalité :

.....

Profession :

.....

Résidence :

.....

Suivi hospitalier :

Mode de recrutement : Référé Évacué

Venu de lui-même

Motif de consultation :

Délai de consultation : < 72h < une semaine

< deux semaines deux semaines

Traitement reçu : médical automédication traditionnel

Hospitalisation : oui non

Siège :

Maxillaire supérieur : droit gauche

Maxillaire inférieur : droit gauche

Dents causales :

Examen complémentaire :

Bilan radiographique standard

Radiographie face base

Radiographie Orhtopantomogramme

Radiographie Blondeau

Traitement:

Médical

Médico-chirurgical

Type d'intervention :

Incision et drainage

Extraction dentaire

Type d'anesthésie :

Anesthésie générale

Anesthésie locale

Lieu d'intervention:

Bloc opératoire

Fauteuil dentaire

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : THIERO

Prénom : Bréhima

Année de l'étude : 2013

TITRE DE LA THÈSE :

Cellulites péri maxillaires circonscrites aiguës d'origine dentaire dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU d'odontostomatologie de Bamako.

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DÉPÔT : Bibliothèque du CHU-OS, FMOS

Secteur d'Intérêt: odontostomatologie et chirurgie maxillo-faciale, oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, chirurgie générale.

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.

Résumé :

Les cellulites péri-maxillaires sont des infections des espaces cellulaires localisées principalement dans les tissus mous sous cutanés et qui se propagent à partir d'une inoculation septique des tissus.

La cause peut être dentaire ou péri-dentaire.

Notre étude de type rétrospective a concerné 378 patients sur 2659 consultations Soit une fréquence de 14,21%

Le sexe féminin a été le plus représenté avec 56,09 % des cas avec un sex-ratio de 1,28

La tranche d'âge **20 à 30** ans a été la plus représentée avec 31,20%.
Il a été constaté une pratique d'automédication chez 50,80% de nos patients.