Reçu le 08 novembre 2022 ; accepté le 5 décembre 2022

FACTEURS DE RISQUE DES CELLULITES CERVICO-FACIALES D'ORIGINE DENTAIRE AU CHU-CENTRE NATIONAL D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO À PROPOS DE 120 CAS

RISK FACTORS OF CERVICO-FACIAL CELLULITIS OF DENTAL ORIGIN AT THE NATIONAL CENTRE OF ODONTO-STOMATOLOGY OF BAMAKO TEACHING HOSPITAL, ABOUT 120 CLINICAL CASES

KASSAMBARA A [1,3], TOURÉ A [1,3], KÉITA K[1], BA A[3, 4], KONÉ R[1], COULIBALY A[1,3] , BA B[2,3]

1- Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale
2- Service de Chirurgie Buccale
3- Faculté de médecine et d'odontostomatologie
4- Service de Prothèse Dentaire

Correspondance : Dr Abdoulaye KASSAMBARA
Service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale CHU-CNOS
Tel : (00223) 74-54-19-34
Email : kasssbloo@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Introduction : Les cellulites cervico-faciales sont des infections des tissus cellulo adipeux de la tête et du cou qui peuvent être d'origine dentaire et péri-dentaire. Elles peuvent être grave et constituer une urgence médico-chirurgicale mettant en jeu le pronostic vital du patient. L'objectif de ce travail était d'identifier les facteurs de risque des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire au CHU- Centre National d'Odonto-Stomatologie (CNOS) de Bamako.

Méthodes : Il s'est agi d'une étude prospective descriptive portant sur des cas de cellulites cervico-faciales d'origine dentaire reçus dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du centre National d'Odonto-Stomatologie, Centre Hospitalier Universitaire de Bamako, du 1er Octobre 2020 au 31 Mars 2021.

Résultats : sur la période de 6 mois qu'a duré l'étude, 120 observations de cellulite cervico-faciale ont été colligées. L'âge moyen était de 29 ans avec des extrêmes de 2 ans et 80 ans. Le sexe féminin a représenté 55,8% avec un sexe ratio de 0,79. Les ménagères étaient les plus représentées dans notre série avec 30,83% des cas. Les principaux antécédents étaient : HTA 44,17% et le diabète 33,3%. Le délai moyen de consultation était de 5,85 jours avec des extrêmes allant de 3 à 10 jours. L'automédication était pratiquée chez 87,5% et consistait à associer un antibiotique (amoxicilline) avec un anti-inflammatoire non stéroïdien (ibuprofène) ; et le traitement traditionnel (fumigation) était pratiqué chez 76,7%. La porte d'entrée était dominée par une infection dentaire soit 96,67% des patients, suivie par des causes parodontales et un (1) cas de cellulite post extractionnelle a été observé. L'hygiène buccodentaire était mauvaise chez 111 patients 92,50%.

Conclusion: Les faibles niveaux socio-économiques, le traitement traditionnel, l'HTA, le diabète, la mauvaise hygiène buccodentaire semblent être les facteurs déterminants dans la survenue des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire au CHU-CNOS de Bamako. Afin de réduire les formes graves, il est indispensable de sensibiliser la population et les professionnels de la santé orale sur les mesures de prévention.

Mots-clés : Cellulite, facteurs de risque, origine dentaire

ABSTRACT

Introduction: *Cervicofacial cellulitis is an infection of the cellulo-fatty tissues of the head and neck of dental and peridental origin. They can be serious and constitute a medical and surgical emergency, putting at risk the vital prognosis of the patient. The objective of this study was to identify the risk factors of cervico-facial cellulitis of dental origin at the National Centre of Odonto-Stomatology of Bamako Teaching Hospital.*

Methods: *This was a prospective descriptive study of cases of cervico-facial cellulitis of dental origin received in the stomatology and maxillofacial surgery department of the National Centre of Odonto-stomatology, of Bamako Teaching Hospital from October 1, 2020 to March 31, 2021.*

Results: *During the 6-month period of the study, 120 observations of cervico-facial cellulitis were collected. The mean age was 29 years with extremes of 2 years and 80 years. Females represented 55.8% with a sex ratio of 0.79. Housewives were the most represented in our series with 30.83% of cases. The main antecedents were hypertension 44.17% and diabetes 33.3%. The average consultation time was 5.85 days with extremes ranging from 3 to 10 days. Self-medication was practiced in 87.5% and consisted of a combination of an antibiotic (amoxicillin) with a non-steroidal anti-inflammatory drug (ibuprofen) and traditional treatment (fumigation) was practiced in 76.7%. The portal of entry was dominated by dental infection in 96.67% of patients, followed by periodontal causes and one (1) case of post-extraction cellulitis was observed. Oral hygiene was poor in 111 patients 92.50%.*

Conclusion: *Low socio-economic levels, traditional treatment, hypertension, diabetes, HIV, poor oral hygiene seems to be the determining factors in the occurrence of cervico-facial cellulitis of dental origin at the at the National Centre of Odonto-Stomatology of Bamako Teaching Hospital. However, the best way to reduce severe forms remains prevention.*

***Keywords:* Cellulitis, risk factors, dental origin**

© EDUCI 2022

INTRODUCTION

Les cellulites cervico-faciales sont des infections des tissus cellulo adipeux de la tête et du cou d'origine dentaire et péri-dentaire [1]. Elles constituent une pathologie infectieuse pouvant être grave en compromettant le pronostic vital et/ou fonctionnel du patient. Elles sont le plus souvent secondaires à une porte d'entrée dentaire, péri dentaire ou pharyngée. Le diagnostic est avant tout clinique. Tout retard de consultation et de prise en charge assombrit le pronostic vital [2].

L'objectif de notre étude était d'identifier les facteurs de risques dans la survenue des cellulites d'origine dentaire.

MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude prospective, transversale, descriptive réalisée dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du centre National d'Odonto-Stomatologie, Centre Hospitalier Universitaire de Bamako du 1er Octobre 2020 au 31 Mars 2021.

Elle a concerné tous les patients présentant une cellulite cervico-faciale d'origine dentaire et ayant accepté la prise en charge. Les paramètres étudiés étaient: l'âge, le sexe, la profession, l'hygiène bucco-dentaire, le terrain, les facteurs favorisants, les antécédents. L'hygiène bucco-dentaire a été évaluée en fonction de la présence de tartre, de la plaque dentaire et des débris alimentaires retrouvés dans la cavité buccale.

L'analyse statistique des données recueillies a été réalisée avec le logiciel SPSS20.0.

RÉSULTATS

Sur la période de 6 mois qu'a duré l'étude, 120 cas de cellulites cervico-faciales d'origine dentaire ont été colligés.

La tranche d'âge [20-40 ans] a été la plus représentée avec un âge moyen de 29 ans, les extrêmes allant de 2 à 80 ans. Une prédominance féminine était notée avec un sex ratio de 0.79. Les principaux antécédents étaient HTA 44,17% et le diabète 33,3%. Le délai moyen de consultation était de 5,85 jours avec des extrêmes allant de 3 à 10 jours. L'automédication était pratiquée chez 87,5% et consistait à associer un antibiotique (amoxicilline) avec un anti-inflammatoire non stéroïdien (ibuprofène) et le traitement traditionnel (fumigation) était pratiqué chez 76,7%. La porte d'entrée était dominée par une infection dentaire 96,67% suivie par des causes parodontales et 1 cas était post extraction. L'hygiène buccodentaire était mauvaise chez 111 patients 92,50%.

La tuméfaction cervico-faciale et l'algie dentaire représentaient les principaux signes fonctionnels (100%). Une limitation de l'ouverture buccale était observée chez 107 patients 89,17%. Une fistule était notée chez 19 patients, et une perte de substance chez 1 patient.

La localisation la plus fréquente était la région naso-génienne basse droite chez 26 patients 21,67%.

La cellulite était séreuse chez 65 patients 54,17%, collectée chez 54 patients et gangreneuse chez 1 patient.

Tous nos patients ont réalisé une OPG qui a permis de localiser la dent causale 100% et 7% des patients ont effectué une radiographie pulmonaire.

La prise en charge thérapeutique était médico-chirurgicale dans tous les cas ; 49, 2% des patients était hospitalisé. La durée d'hospitalisation a varié de 3 à 10 jours avec une moyenne de 5,85± 1,57 jours. L'antibiothérapie (amoxicilline + acide clavulanique 3g/24h en IV pendant 7 jours, Métronidazole 1g/24h en IV pendant 7 jours) était entreprise immédiatement chez tous les patients suivie d'un bilan sanguin. Un drainage chirurgical était fait (figures 1 et 2) pour toutes les formes suppurées (63,33%) sous anesthésie locale, dès l'admission ou au maximum 24 à 48 heures après. Un curetage des régions infectées, avec excision des tissus nécrotiques jusqu'au tissu sain vascularisé ont été réalisés chaque fois que l'indication était posée. Une extraction de la dent causale avec curetage alvéolaire a été réalisée dans tous les cas. L'évolution était favorable dans 99,16% des cas. Un patient a eu une issue fatale suite à la survenue d'un choc septique. Sept patients ont présenté une complication à type de pleurésie.

Figure 1 *: Cellulite sous mentale en extension cervico-thoracique collectée (photo du service)*

Figure 2 *: L'incision et drainage de la cellulite sous mentale en extension cervico-thoracique (photo du service)*

DISCUSSION

Les cellulites cervico-faciales sont plus fréquentes chez l'adulte jeune entre 20 et 40 ans [3]. Dans notre étude, l'âge moyen de 29 ans ± 14,31 ans est comparable aux autres séries de la littérature [5]. La prédominance féminine est retrouvée dans notre série comme dans l'étude effectuée par Togo et Yéna en 2017 au Mali [4]. Par contre, dans la littérature internationale, c'est la prédominance masculine qui est généralement retrouvée [6-7]. Les antécédents d'HTA et de diabète ont été retrouvés dans notre série. Plusieurs études ont insisté sur le rôle du diabète dans la survenue des cellulites cervico-faciale ainsi que sur leur évolution vers la gravité [7-8]. Notre étude confirme cette tendance.

Le rôle de l'hygiène bucco dentaire dans la survenue des cellulites cervico- faciales a été retrouvé dans notre série. El Ayoubi note qu'il existe un lien statistiquement significatif entre une hygiène buccodentaire défectueuse et la survenue d'une cellulite [3]. Pour Choumi *et al* [2], 90% des patients ayant une cellulite présentaient un mauvais état bucco-dentaire. Ce facteur de risque a été bien démontré par notre étude. La porte d'entrée était dominée par les infections dentaires, ce qui est similaire aux observations rapportées dans la littérature [9], et constitue également un facteur de gravité. Les dents majoritairement en cause sont les molaires mandibulaires. Ceci semble être dû à l'insertion du muscle mylo-hyoïdien à la face interne de la mandibule, qui permet de faire une barrière pour les dents plus antérieures [10]. Une prise en charge de l'état bucco-dentaire pourrait réduire l'incidence des cellulites d'origine dentaire.

Tout acte de soins ou d'extraction dentaire peut justifier une antibioprophylaxie [11]. Dans notre série, la prise d'une antibiothérapie associée aux anti-inflammatoires non stéroïdiens ou aux corticoïdes était une situation fréquente. Elle semblait en lien à un risque d'évolution grave. L'antibiothérapie mal adaptée joue un rôle dans la survenue des cellulites en sélectionnant des germes résistants. Ainsi, les lésions vont évoluer à bas bruit, ce qui retarde le diagnostic et surtout la prise en charge thérapeutique [6]. Toutefois, un certain nombre d'auteurs ont constaté que les AINS ou les corticoïdes pouvaient favoriser la survenue ou l'aggravation des cellulites [12-6]. Plusieurs auteurs [13] ont montré l'importance de la TDM dans la recherche des collections profondes contrairement à notre contexte, où cet examen n'était pas accessible pour des raisons financières, nos diagnostics étant plutôt basés sur la clinique. Néanmoins, 100% de nos patients ont réalisé une radiographie panoramique qui a permis de mettre en évidence la dent causale et 7% une radiographie pulmonaire à la recherche d'extension thoracique.

CONCLUSION

Les cellulites d'origine dentaire restent fréquentes et d'évolution parfois grave en pratiques odontostomatologie et chirurgie maxillo-faciale. Les adultes jeunes constituent la couche la plus concernée. Les faibles niveaux socio-économiques, le traitement traditionnel, le diabète, tout contexte infectieux sous-jacent (VIH), la mauvaise hygiène buccodentaire et la carie

 © EDUCI 2022

dentaire semblent être les facteurs déterminants dans la survenue de cette pathologie. Le meilleur moyen pour réduire les formes graves reste la prévention.

RÉFÉRENCES

1. LIN C, YEH F L, et al. Necrotizing fasciitis of the head and neck : an analysis of 47 cases. *Plast Reconstr Surg.* 2001 ; 107(7) :1684-93.
2. CHOUMI F, MOUMINE M. Cellulite cervicofaciales d'origine dentaire : facteurs favorisants et prise en charge thérapeutique. A propos de 42 cas. Mt 2018 ; 24 (4) :288-93.
3. EL AYOUBI A, EL AYOUBI F, MAS E, GUERTITE A, BOULAÏCH M, ESSAKALLIL, ET AL. Cellulites cervico-faciales diffuses d'origine dentaire. *Med bucchir Buc.* 2009;15(3):127-135.
4. TOGO S, YENA S. Les cellulites cervico-faciales nécrosantes d'origine dentaire dans un pays en voie de développement. *Revue des Maladies Respiratoires.* Volume 34, Issue 7, September 2017, Pages 742-748.
5. DJEMI E M, ZEGBEH-N'GUESSAN E K, *ET AL.* Cellulites Cervico-faciales Diffuses : Caractéristiques Cliniques et Facteurs de Risque de Mortalité. *Health Sci.* Dis : Vol 23 (10) October 2022 pp 10-13.
6. MED ELMEHDI ELANSARI MS AG, DIENTA L , DOUMBIA A, DIARRA SM, MAÏGA M, MAÏGA O, MAHAMADOU Z, SANOGO H, GUINDO B, GOÏTA AS, DIEMBI S, KEITA MA. Cellulite cervico-faciale dans un hôpital régional du Mali : une série de 31 cas. *Jaccr Infectiology* 2020 ; 2(2) :1-7
7. UMEDA M, MINAMIKAWA T, KOMATSUBARA H, SHIBUYA Y, YOKOO S, KOMORI T. Necrotizing fasciitis caused by dental infection: a retrospective analysis of 9 cases and a review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral radiolendod.*2003;95(3):283-90.
8. LEE JK, KIM HD, LIM SC. Predisposing factors of complicated deep neck infection: an analysis of 158 cases. *Yonsei Med J.* 2007;48(1):55-62.
9. SARNA T, SENGUPTA T, MILORO M, KOLOKYTHAS A. Cervical necrotizing fasciitis with descending mediastinitis: Literature review and case report.*J Oral Maxillofac Surg.*2012;70(6):1342-50.
10. ROMAIN P, SCHMIDT P, HANNION X, LE TARNEC A, CHALUMEAU A, LEGROS M. Cellulites cervico-faciales gangreneuses d'origine dentaire à propos de 11 cas. *Rev stomatol chir maxillofac.* 1989;90(6):428-37.
11. TUNG-YUI W, JEHN-SHYUN H, CHUNG-HUNG C, HUNG-AN C. Cervical necrotizing fasciitis of odontogenic origin: A report of 11 cases. *J oral maxillo fac Surg.* 2000;58(12):1347-52.
12. PETITPAS F, BLANCAL JP, MATEO J, FARHAT I, NAIJA W, PORCHER R, ET AL. Factors associated with the mediastinal spread of cervical necrotizing fasciitis. *Ann thorac surg.* 2012;93(1):234-8.
13. ROUADI S, OUAISSI L, El KHIATI R, ABADA R, MAHTAR M, ROUBAL M, JANAH A, ESSAADI M, KADIRI F. Les cellulites cervico-faciales à propos de 130 cas. *Pan African Medical Journal.* 2013; 14: 88. Doi:10.11604/pamj.2013.14.88.1477