LES CELLULITES DIFFUSES CERVICO-FACIALES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO (OUAGADOUGOU BURKINA FASO)

DIFFUSE CERVICO-FACIAL CELLULITIS AT THE ACADEMIC HOSPITAL YALGADO OUEDRAOGO (OUAGADOUGOU BURKINA FASO)

KONSEM T[1]., MILLOGO M[1]., OUEDRAOGO D[1]., ZIDWEMBA N[1]., OUOBA K[2].

1- Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

2- Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale

Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO, Ouagadougou Burkina Faso

Correspondance : Docteur MILLOGO Mathieu

Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO, Ouagadougou Burkina Faso
Email : milmathieu@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Objectif : L'objectif de notre étude rétrospective est d'étudier les différents aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques, évolutifs et préventifs de ces pathologies.

Patients et méthodes : Cette étude rétrospective a porté sur 78 cas de cellulites cervico-faciales d'origine dentaire, hospitalisés dans le service de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou. Elle s'est étendue sur une période de 5 ans, entre janvier 2007 et décembre 2011.

Résultats : L'analyse des dossiers a montré que cette pathologie touche les hommes plus que les femmes (sex ratio : 1,4), avec une moyenne d'âge de 33,13 ans. La cause dentaire était la plus fréquente, et la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens était le principal facteur favorisant. Le traitement a été médical, associant des antibiotiques à large spectre avec la chirurgie. Cette prise en charge thérapeutique a permis une évolution favorable dans 70,51% des cas. Mais, dans 23 cas, l'évolution a été marquée par la survenue de complications ayant entraîné le décès de 14 patients.

Conclusion : La précocité du diagnostic et la prise en charge thérapeutique pluridisciplinaire (médecine, chirurgie et parfois réanimation) sont essentielles pour permettre d'espérer une guérison sans complications ou séquelles de cette affection grave.

Mots clés : Cellulite, diffuse, cervico-faciale, épidémiologie, traitement, Ouagadougou.

SUMMARY

Objective: *The aim of this work was to study the various epidemiological, clinical, paraclinical, therapeutic, evolution and prevention aspects of the diffuse cervico-facial cellulitis.*

Patients and methods*: This retrospective study involves 78 cases of diffuse cervicofacial cellulitis of dental origin, hospitalized at the stomatology and maxillofacial surgery service at the academic hospital yalgado OUEDRAOGO of Ouagadougou, over a period of 5 years between January 2007 and December 2011.*

Results: *The analysis of our records has shown that this disease affects men more than women (sex ratio: 1,4), with an average age of 33,13 years. Acute periapical infections were usually the main providers, and anti-inflammatory drug were the main supporting factor. Therapy was base on broad spectrum antibiotics in association with the surgery. This treatment led to a positive change in 70,51% of cases but, in 23 cases, the evolution was marked by the appearance of complications leading to death in 14 cases.*

Discussion*: An early diagnosis and multidisciplinary treatment (medical, surgical and sometimes recovery) allow a cure without complications or after-effects.*

Key words: Cellulitis, diffuse, cervicofacial, epidemiology, treatment, Ouagadougou.

© EDUCI 2012

INTRODUCTION

Les cellulites diffuses cervico-faciales sont des infections du tissu cellulaire sous cutané et le plus souvent à point de départ dentaire ou péri dentaire. Elles se caractérisent au plan général par un syndrome toxi-infectieux sévère, et au plan local par une nécrose tissulaire sans aucune tendance à la limitation [1]. Ce sont des affections assez fréquentes dans les services de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciales, et mettant en jeu le pronostic vital du patient. Elles représentent 5,1% des admissions hospitalières totales à Brazzaville au Congo [2] et atteignent une moyenne annuelle de 34 cas à Dakar au Sénégal [3].

Plusieurs facteurs favorisants ou aggravants ont été identifiés dans l'étiopathogénie des cellulites diffuses : le diabète, la grossesse, les avitaminoses, l'immunodéficience acquise ou congénitale, la prise d'anti inflammatoires non stéroïdiens en monothérapie [2, 4, 5]. L'intérêt de l'étude des cellulites diffuses cervico-faciales réside dans leur polymorphisme clinique, leur caractère gravissime en raison de leur tendance nécrosante diffuse et leur pronostic sévère.

Au Burkina Faso aucune étude n'a encore été consacrée aux cellulites diffuses, d'où l'intérêt de ce travail. Il a pour objectif d'étudier les différents aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques, évolutifs et préventifs de ces pathologies, avec comparaison de nos résultats aux données de la littérature.

PATIENTS ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de 5 ans allant de Janvier 2007 à Décembre 2011 dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale du CHU Yalgado OUEDRAOGO (Ouagadougou). Tous les patients hospitalisés pour cellulite cervico-faciale diffuse ont été inclus dans notre étude. Nous avons exploité les dossiers cliniques, les registres d'hospitalisation et de comptes rendus opératoires. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Epi Info version 3.3. Les facteurs favorisants ont été étudiés et analysé statistiquement par la méthode analyse de la variance, ce qui a permis de les classer selon leur niveau d'importance.

RÉSULTATS

1- EPIDÉMIOLOGIE

Durant la période de l'étude nous avons colligé 78 cas de cellulites diffuses cervico-faciales, soit une fréquence hospitalière annuelle de 15,6 cas.

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
[0-10]	2	2,56%
[11-20]	8	10,25%
[21-30]	26	33,30%
[31-40]	22	28,21%
[41-50]	12	15,38%
[51-60]	5	6,41%
>60	3	3,85%
Total	78	100%

L'âge de nos patients variait de 3 à 86 ans, avec un âge moyen de 33 ans. La classe d'âge de 21-30 ans représentait 33,3% des cas.

Tableau II : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Elèves / Etudiants	22	28,20%
Cultivateurs/ Ménagères	27	34,62%
Salariés	12	15,38%
Secteur informel	17	21,80%
Total	78	100%

La prédominance féminine était nette, avec un sex ratio à 0,77. La majorité de nos patients (84,62%) n'avaient pas une activité rémunératrice formelle, et se recrutaient parmi les couches défavorisées de la société.

Tableau III : Répartition des patients selon l'étiologie

Etiologies	Effectif	Pourcentage
Carie dentaire	35	44,87%
Avulsion dentaire	12	15,38%
Accident d'évolution des dents de sagesse	8	10,26%
Traumatisme mandibulaire	9	11,54%
Amygdalite	7	8,97%
Non précisé	7	8,97%
Total	78	100%

L'étiologie était dominée par les causes dentaires et péri dentaires (70,5%), les complications post traumatiques (11,5%) et les amygdalites (9%). La notion de prise d'anti inflammatoire non stéroïdien a été retrouvée dans 72,72% des cas d'étiologie dentaire.

2- ASPECTS CLINIQUES

Les motifs de consultation les plus fréquemment retrouvés étaient la tuméfaction inflammatoire (91%) et la douleur (96%). Le délai de consultation dans nos services variait de 1 à 28 jours. La majorité des patients (47, 5%) ont consulté entre 5 et 9 jours.

Cliniquement, une altération de l'état général était retrouvée chez 95% des patients, avec une hyperthermie supérieure ou égale à 39°C dans 42% des cas. Les localisations les plus courantes étaient le plancher buccal (44,8%), la région cervicale antérieure et thoracique supérieure (30,7%) (photo 2). (Tableau IV)

Tableau IV : Répartition des patients selon la localisation de la cellulite

Localisation	Effectif	Pourcentage
Plancher buccal	35	44,87%
Région sous mentale	11	14,10%
Région cervicale antérieure et thoracique supérieure	24	30, 76%
Région jugale	5	6,41%
Région péri orbitaire	3	3,85%
Total	78	100%

Photo 1 : cellulite diffuse nécrosante de la région massétérine

Photo 2 : cellulite diffuse sous mentale et cervicale antérieure

3- ASPECTS PARA-CLINIQUES

Une anémie sévère avec un taux d'hémoglobine inférieur à 6g/dl a été retrouvée chez 8% de nos patients. Dans notre série, les prélèvements de pus effectués pour la bactériologie n'ont pu être acheminés au laboratoire que pour 12,8% des patients. Les germes isolés étaient le staphylocoque doré (37,5%), Escherichia coli (25%), Acinobacter baumanii (25%), Proteus mirabilis 12,5%).

4- ASPECTS THÉRAPEUTIQUES

Le protocole thérapeutique associait la réanimation, une antibiothérapie, un traitement chirurgical et un traitement étiologique.

La réanimation consistait en une rééquilibration hydro-électrolytique, une transfusion sanguine (dans les cas d'anémie sévère) et un monitorage des fonctions vitales. Une antibiothérapie probabiliste à large spectre a été instituée en première intention, et réadaptée plus tard en fonction de l'antibiogramme pour les 12,8% de nos patients qui ont pu réaliser l'examen bactériologique. Les bétalactamines et les imidazolés étaient les molécules les plus utilisés en association.

Le traitement chirurgical a consisté en une mise à plat de la collection purulente par des incisions multiples, au lavage abondant de la poche à l'aide d'antiseptiques (eau oxygénée et Dakin), et à la mise en place de drains. 87,17% des interventions se sont effectuées au bloc opératoire sous anesthésie générale, et 16,67 sous anesthésie locale. Les pansements quotidiens au dakin ont été effectués jusqu'au tarissement de la suppuration. La dent causale a été extraite dans 73% des cas, et traitée dans le reste des cas. La durée du séjour hospitalier variait de 5 à 46 jours, avec une moyenne de 15 jours. L'évolution a été émaillée de complications dans 23 cas (29,49%) à type d'ostéites (12 cas), de médiastinites (7 cas) et de septicémies (4 cas).

Le taux de mortalité enregistré était de 17,95% des cas. Les séquelles étaient à type d'édentation partielle due à l'extraction de plusieurs dents cariées, de cicatrices disgracieuses des zones fistuleuses et des pertes de substance, de limitation de l'ouverture buccale.

DISCUSSION

EPIDÉMIOLOGIE

Durant la période de l'étude nous avons colligé 78 cas de cellulites diffuses cervico-faciales, soit une fréquence hospitalière annuelle de 15,6 cas. La fréquence des cellulites diffuses est largement sous-estimée dans notre contexte du fait que tous les cas ne parviennent pas à l'hôpital. En effet, lorsque les patients survivent à l'épisode aigu, ils ne viennent en consultation qu'en cas de force majeure : nécrose étendue, fistulisation avec suppuration nauséa-

bonde intarissable. Malgré cette sous estimation la fréquence des cellulites diffuses reste assez élevée notre série tout comme dans celles des auteurs africains : 9,66 cas par an dans la série de NGOUONI au Congo [2], 11,2 cas par an dans celle de RAKOTOARISON à Madagascar [6], et 14,8 cas par an dans celle de KEITA au Mali [1]. L'inaccessibilité des soins bucco-dentaires à nos populations démunis pourrait expliquer cette fréquence élevée.

L'âge moyen de nos patients était de 33 ans, et 57,77% des patients avaient moins de 30 ans. Il était de 28,2 ans au Congo [2], 30,36 ans à Madagascar [6], et 32 ans au Cameroun [7]. La prédominance des cellulites diffuses d'origine dentaire dans la tranche d'âge de 21 à 40 ans pourrait s'expliquer par la survenue fréquente des accidents d'évolution des dents de sagesse à cette période de la vie. Aussi, les caries dentaires qui évoluent depuis l'enfance se compliquent souvent à cette période [2, 6, 7, 8].

La grande majorité de nos patients (77%) de même que 74,7% des patients de la série de NIANG [3] se recrutaient parmi la frange socio-économique défavorable de la société. Le niveau socio-économique faible influencerait la survenue des complications des infections bucco-dentaires par l'inaccessibilité aux soins, l'automédication et les consultations tardives [1, 3, 4, 5].

L'étiologie prédominante dans notre série était la carie dentaire (70,5%). La prévalence de l'origine dentaire est unanimement rapportée par la plupart des auteurs tels que RAKOTOARISON [6] (74%) et DIALLO [5] (68%). La prise d'anti inflammatoires non stéroïdiens a été retrouvée comme facteur favorisant des cellulites diffuses cervico-faciales chez 22,20% de nos patients, et chez 45% des patients dans la série de NGOUONI [2]. Les anti inflammatoires non stéroïdiens (acide nuflinique, ibuprofène) ont l'avantage de soulager rapidement les douleurs atroces d'une pulpite ou d'une desmodontite. En outre, ils sont accessibles dans le cadre d'une automédication. Cependant, en inhibant la cyclo-oxygénase, ils empêchent la libération des prostaglandines (médiateurs de l'inflammation) et diminuent la défense immunitaire du patient. L'infection qui était jusque là circonscrite par la réaction inflammatoire locale peut alors diffuser vers les tissus voisins [9,10].

ASPECTS CLINIQUES ET PARA-CLINIQUES

Nous avons enregistré un délai de consultation variant de 1 à 28 jours, avec une moyenne de 7 jours. Les retards à la consultation s'expliquent par l'automédication et les traitements traditionnels d'une part, et par l'inaccessibilité financière aux soins d'autre part.

Les localisations les plus fréquentes dans notre étude sont de loin le plancher buccal (44,87%) et la région cervicale antérieure (30,76%). RAKOTOARISON [6] et AYOUBI [11] ont fait le même constat dans leurs études avec respectivement 46,2% et 39,6% pour la localisation au plancher buccal. En effet, l'origine de l'infection locale est très souvent une dent postéro-inférieure, et la diffusion se fait plus facilement vers ces régions, dans le sens des coulées cellulo-graisseuses [2, 5, 6, 11].

L'analyse bactériologique du pus a mis en évidence trois principaux germes : Staphylococcus aureus (37,5%), Escherichia coli (25%) et Acinobacter baumanii (25%). AILAL [4] a retrouvé dans son échantillon une prédominance de staphylococcus aureus et streptocoque KEITA [10] a isolé le staphylocoque doré dans tous ses prélèvements, seul ou associé au Proteus. Il n'y a donc pas un germe spécifique aux cellulites diffuses cervico-faciales, mais le streptocoque et le staphylocoque sont le plus souvent en cause. Il s'agit beaucoup plus souvent de germes commensaux devenus pathogènes [4, 10, 12].

ASPECTS THÉRAPEUTIQUES

Le traitement médical précède toujours le traitement chirurgical et/ou étiologique. Il s'organise autour de l'antibiothérapie et de la réanimation. L'antibiothérapie de première intention est une antibiothérapie probabiliste à large spectre [13]. Les béta-lactamines et les imidazolés ont été les antibiotiques de première intention à cause de leur bonne diffusion tissulaire. Elle a ensuite été adaptée en fonction de l'antibiogramme chez 13% des patients qui avaient pu réaliser l'examen bactériologique. Chez les autres patients par contre, le traitement initial a été poursuivi, faute d'antibiogramme, avec parfois adjonction d'aminosides selon l'évolution. Cette démarche propre à notre contexte n'obéit pas à la règle générale recommandée dans le traitement des cellulites diffuses [1, 2, 3, 6, 13, 14]. Le traitement chirurgical a consisté en une mise à plat de la collection purulente par des incisions larges et multiples, l'excision des tissus nécrosés, le lavage abondant à l'eau oxygénée et au Dakin, et enfin la mise en place de lames de DELBET. La plupart de nos patients ont été drainés au bloc opératoire sous anesthésie générale. Seuls 16,67% ont été drainés sous anesthésie locale. Il s'agissait de patients démunis, ne pouvant pas honorer les frais du bloc opératoire. Le geste chirurgical est primordial, car il permet une

évolution plus rapide vers la guérison et minimise les séquelles [6, 14].

Le traitement étiologique dans les cellulites d'origines dentaires a été celui de la dent causale, avec une mise en état de la cavité buccale. La correction des tares doit également occuper une place importante dans la prise en charge des patients présentant une cellulite diffuse [14]. Dans notre série, aucun patient n'était éligible pour un traitement particulier.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 15 jours, avec des extrêmes de 1 et 46 jours. Les très courtes durées correspondaient aux décès et les longues durées aux cas démunis, avec le drainage de la cellulite sous anesthésie locale, l'absence d'antibiogramme et les ruptures de traitement antibiotique.

L'évolution a été simple dans 73% des cas. Nous avons cependant enregistré 17% de décès. Environ 10% de nos patients ont été perdus de vue. DIALLO [5] a enregistré 21% de décès dans son étude, contre 28% dans la série de KEITA [1]. Ces taux élevés de létalité sont liées d'une part au choc toxi-infectieux et aux complications, d'autre part au retard à la consultation et au manque de moyen pour accéder au traitement prescrit.

CONCLUSION

Les cellulites diffuses cervico-faciales d'origine dentaire sont fréquentes dans notre contexte sous développé. La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens en automédication est le principal facteur aggravant. Ces affections sont très redoutables avec des taux de létalité très élevés, inhérents pour la plupart au manque de moyens financier et au retard à la consultation. La lutte contre la précarité, la sensibilisation aux dangers de l'automédication et la promotion des soins bucco-dentaires devraient permettre une baisse de la fréquence de ces affections, et d'améliorer le pronostic vital des patients.

RÉFÉRENCES

1. KEITA M., DOUMBIA K., DIANGO D., DIALLO M., TIMBO SK., AG MOHAMED A. Les cellulites cervicales extensives en milieu hospitalier sub sahélien, une pathologie oubliée ? Cas du Mali. *Médecine d'Afrique Noire* 2008-55 (8-9).
2. NGOUONI B.G., NGOTNE R., MBITSI-NGOMA H., MOSIMBI N. cellulite diffuses sous-mandibulaires d'origine dentaire. *Rev. Col. Odonto-stomatol. Afr ; Chir. Maxillo-fac.*, Vol. 15, n°4, 2008, pp 38-42.
3. NIANG P., BA A., DIA TINE S., DIOP R., TAMBA B., KOUNTA A., BOUASSALO KM., GASSAMA-BARRY CB., DIALLO B. traitement des cellulites périmaxillaires d'origine dentaire ; expérience d'un service de stomatologie au Sénégal. *Rev. Col. Odonto-stomatol. Afr ; Chir. Maxillo-fac.*, Vol. 18, n°1, 2011, pp 30-34.
4. AILAL F., BOUSFIHA A., JOUHADI Z., BENNANI M., ABID A. Cellulites orbitaires chez l'enfant. A propos d'une étude rétrospective de 33 cas. *Med Trop* 2004 ; 64 : 359-362.
5. DIALLO O.R., BALDE N.M., CONDE B., CAMARA S. A. T., BAH A. T. Les cellulites cervico-faciales chez le sujet diabétique au CHU de Conakry. *Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac.,* Vol. 13, n°3, 2006, pp 13-16.
6. RAKOTOARISON RA., RAMAROZATOVO NP., RAKOTO FA., RAKOTOVAO FJ. cellulites cervico-faciales : à propos de 41 cas. *Médecine buccale Chirurgie buccale* ; Vol 14, N°1 2008 ; pp35-39.
7. BENGONDO C.H., BITA R.C., AVANG N.T.C., MENGONG H., BENGONO G. Cellulites et phlegmons d'origine dentaire au CHU de Yaoundé. *Odonto-Stomatologie Tropicale* 2006 n°113 pp 22-26.
8. LRHEZZIOUI J., KADIRI B., AKHADDAR A. et Al. Exophtalmie infectieuse d'origine dentaire à propos d'un cas. *Médecine du Maghreb* Janvier/Février 2009 n° 163 (49-52).
9. WANE A.M., BA E.A., NDOYE-ROTH P.A., KAMENI A., DEMEDEIROS M.E., DIENG M., NDIAYE M.R., NDIAYE P.A., BEN NASR S., WADE A. Une expérience Sénégalaise des cellulites orbitaires. *J Fr. Ophtalmol.*, 2005 ; 28, 10, 1089-1094.
10. KEITA M., DIALLO M., TRAORE J., SYLLA F., TIMBO SK., MOHAMED A. Cellulite péri orbitaire et poly sinusite para nasale : analyse de deux cas colligés au service d'ORL de l'hôpital Gabriel TOURE de Bamako. *Mali. Mali Médical* 2008 Tome XXIII n°2 (59-62).
11. AYOUBI A., AYOUBI F., MAS E., GUERTITE A., BOULAICH M., ESSAKALLI L., KZADRI M. Cellulites cervico-faciales diffuses d'origine dentaire : à propos de 60 cas. *Med Buccale Chir Buccale* 2009 ; 15 ; 127-135.
12. LIN YT., LU PW. Retrospective study of pediatric facial cellulitis of odontogenic origine. *Pediatr Infect Dis J.* 2006 Apr; 25 (4): 339-347.
13. DUBREUIL L., NEUT C. Arguments microbiologiques pour optimiser l'antibiothérapie empirique des cellulites cervico-faciales. *Médecine buccale chirurgie buccale* Volume 11, N°1, 2005 (7-15).
14. KHADER YS., DAUOD AS., EL-QADERI SS., ALKAFAJEI A., BATAYHA WQ. Periodontal status of diabetics compared with non diabetics: a meta-analysis. *J. diabetics complications*, 20 (1) 2006: 59-68.