

**CELLULITES ODONTOGÈNES DU PLANCHER BUCCAL: ASPECTS
ÉPIDÉMIOLOGIQUE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
AU CHU DE CONAKRY**

Auteurs

DIALLO O.R.¹
DIALLO A.²
BAH A.T.¹
CAMARA S.A.T.³
KABA A.¹
CHERIF F.¹

Services

- 1- Service d'Odontostomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale Hôpital Donka
- 2- Service de Chirurgie Générale Hôpital Ignace Deen
- 3- Service d'Odontostomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale Ignace Deen

Correspondance

DIALLO Oumar Raphiou
Chirurgien maxillo-facial CHU
de Conakry
Email : rafioumajid@yahoo.fr

RESUME

Les cellulites odontogènes du plancher buccal (COPB) constituent une pathologie infectieuse grave du fait de leur extension possible vers le médiastin et leur mortalité élevée. Les objectifs de l'étude étaient de déterminer la fréquence des COPB par rapport aux autres types de cellulites cervico-faciales, de décrire les formes cliniques et leur prise en charge.

Il s'agit d'une étude rétrospective de type descriptif qui s'est étalée sur une période de 6 ans. Au cours de l'étude 85 cas de COPB ont été colligés parmi 335 cas de cellulite cervico-faciales reçus dans le service entre Janvier 2004 - Décembre 2009.

L'étiologie principale était la carie dentaire avec 58,82% suivie des avulsions dentaires dans 41,18% des cas. Les molaires inférieures étaient les dents incriminées dans 64,7% des cas. La cellulite diffuse suppurée était la plus fréquemment rencontrée (64,7% des cas).

Mots-clés : Cellulite – Plancher buccal – Odontogène

SUMMARY

Odontogenic cellulitis of floor of the month (OCFM) are serious contagious pathology due to their possible extension towards the mediastinum and they high mortality. The objectives of this study were to determine the frequency of OCPBF in comparison with other types of cervico-facial cellulitis, to describe the clinical forms and to evaluate their treatment. It was a retrospective study which spread out over a period of 6 years (January, 2004 - December 2009). During the study 85 cases of OCFM were collected, among 335 cases of cervico-facial cellulitis treated in the service.

The main etiology was the teeth decay with 58,82 % followed by the dental avulsions in 41,18 % of cases. The lower molars were the etiological factor in 64,7 % of cases. The diffuse cellulitis was most often met (64,7 % of cases).

Key words: Cellulitis - Floor of the month – Odontogenic origin

INTRODUCTION

Les cellulites odontogènes du plancher buccal (COPB) constituent une pathologie infectieuse grave du fait de leur extension possible vers le médiastin et leur taux de mortalité élevé¹.

Ces infections peuvent être nécrosantes, elles touchent le fascia et se propagent secondairement aux tissus avoisinants²

En Afrique comme ailleurs dans le monde, les COPB sont fréquemment rencontrés. C'est ainsi qu'elles ont fait l'objet de nombreuses études dans plusieurs pays notamment en France, Portard G. et al.³ ont observé en 1999, 13 cas de cellulites du plancher buccal au service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale au CHU de Morvan.

Aux USA, REGA A. J et al.⁴ ont trouvé en 2006, 61,2% cas de cellulites diffuses suppurées cervico-faciales avec également 28,2% de cas de COPB.

Au Maroc, Benariba F. et al.² ont recensé 26 cas de cellulites du plancher buccal dans leur service à l'hôpital militaire Avicenne sur une période de 5ans. Aucune étude n'a été publiée en Guinée sur les COPB.

Les affections bactériennes affectant le plancher buccal sont le plus souvent d'origine dentaire. Une collection purulente peut apparaître latéralement au niveau du plancher buccal si la dent causale à son apex situé au dessus de la ligne mylo-hyoïdienne. Si la dent causale est plus postérieure, la cellulite sera surtout localisée dans la région sous mandibulaire, les apex étant sous mylo-hyoïdiens⁵.

Le diagnostic des COPB est souvent aisé en milieu hospitalier, en revanche la prise en charge est souvent délicate à cause du degré de diffusion de l'infection due au retard accusé avant la première consultation. Ce retard à la consultation entraîne des complications graves et impose une thérapeutique soutenue et une hospitalisation prolongée.

Les COPB constituent une véritable urgence en Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale car leurs évolutions rapides, font d'elles une pathologie redoutable avec un pronostic souvent réservé.

Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la fréquence des COPB par rapport aux autres types de cellulites cervico-faciales, de décrire les formes cliniques rencontrées et d'évaluer leur prise en charge.

I- MATERIEL ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée dans le service d'Odontostomatologie et Chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital Donka du CHU de Conakry, sur une période de 6 ans (janvier 2004 à Décembre 2009). L'étude a porté sur l'ensemble des dossiers qui comportaient le diagnostic de cellulites cervico-faciales.

Ont été inclus dans l'étude les dossiers des malades hospitalisés et qui ont bénéficié d'une prise en charge médicale et ou chirurgicale pour COPB.

Les malades traités en ambulatoire et les dossiers incomplets ont été exclus.

La méthode de travail a consisté à recueillir et enregistrer sur une fiche d'enquête les données de l'examen clinique et paraclinique et les données liées à la prise en charge.

Les variables épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutique et évolutif ont été analysées.

Sur le plan thérapeutique, la chirurgie avait consisté à la réalisation sous anesthésie locale ou générale du drainage de la collection par voie endobuccale ou cutanée. La dent causale a été extraite immédiatement en cas d'absence de trismus.

Durant la période post opératoire, les patients présentant des cellulites suppurées ont bénéficié d'un traitement médical à base d'Ampicilline 1 g x3/Jour en IV, de Gentamicine 80 mg x2 /Jour en IM et de Métronidazole 100 ml x3/jour IV.

Dans les formes séreuses l'Ampicilline 1g x 2 /jour en IV a été administré. Un traitement antalgique à base du Paracétamol 60 mg/Kg/jour 3 prises ou du Novalgin® de 10 à 60mg/Kg/jour a été réalisé.

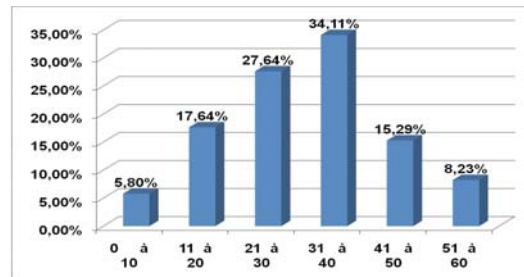
Les patients ont été revus en consultation entre 2 et 4 semaines post opératoires.

Toutes les fiches d'enquêtes ont été dépouillées manuellement et traitées sur ordinateur à l'aide des logiciels Epi info pour l'analyse des données, Word et Excel pour le traitement de texte et des tableaux.

II- RESULTATS

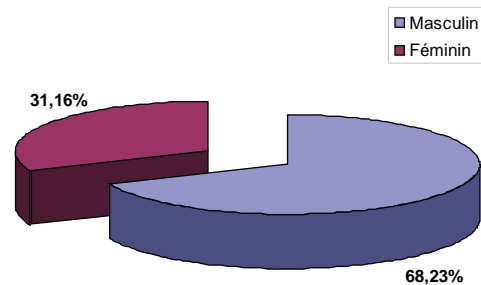
Tableau I : Fréquence des cellulites odontogènes du plancher buccal par rapport aux autres cellulites cervico-faciales

Cellulites cervico-faciales	Nombre	Pourcentage
Cellulites du plancher buccal	85	25,37
Cellulite sous-orbitaire	05	1,19
Cellulite région temporale	05	1,49
Cellulite ptérygo-masseterine	25	7,48
Cellulite péri-orbitaire	03	0,89
Cellulite parotidienne	05	1,49
Cellulite nasogénienne	13	3,98
Cellulite masseterine	24	7,18
Cellulite labiale supérieure	10	2,99
Cellulite génienne haute	55	16,46
Cellulite génienne basse	75	22,45
Cellulite cervicale	30	8,98
Total	335	100%



Age moyen = 33 ans

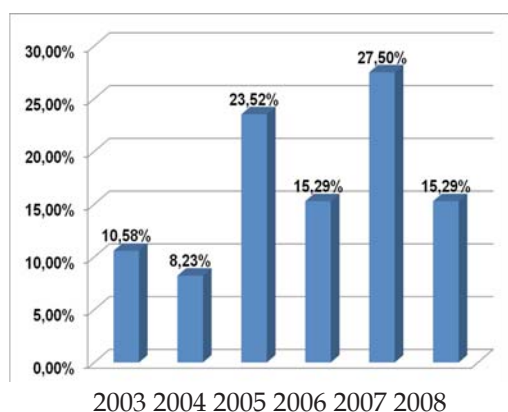
Graphique 1 : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge



Graphique 2 : Répartition des patients en fonction du sexe

Tableau II : Catégorie socioprofessionnelle

Catégorie socio-professionnelle	Nombre de cas	Pourcentage
Elèves / étudiants	15	17,64
Ouvriers	20	23,94
Ménagères	20	23,94
Commerçants	11	12,94
Fonctionnaires	9	10,58
Sans profession	10	11,76
Total	85	100



Graphique 3 : Fréquence annuelle des cellulites odontogènes du plancher buccal

Tableau III : Motif de consultation

Motif consultation	Nombre de cas	Pourcentage
Douleur + Fièvre	85	100
Tuméfaction	85	100
Trismus	40	47,05
Dysphagie	35	41,17
Fistule	20	23,62
Dysphonie	15	17,64

Sur le plan clinique, l'état général des patients à l'admission a été jugé peu satisfaisant dans 82,35% des cas, satisfaisant dans 11,86% des cas et altéré dans 5,79% des cas.

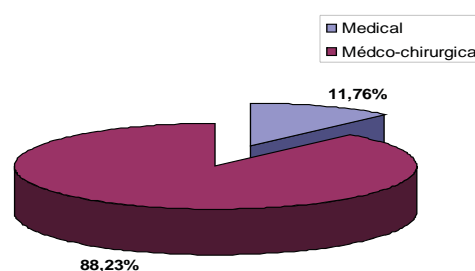
L'étiologie principale des COPB était la carie dentaire avec 58,82% suivie des avulsions dentaires dans 41,18% des cas.

Les molaires inférieures étaient les dents incriminées dans 64,7% des cas, suivies des prémolaires dans 9,41% des cas et des incisives inférieures dans 1,77% des cas.

Selon la forme anatomo-clinique, les cellulites circonscrites étaient séreuses dans 11,78% des cas, suppurées dans 23,52% des cas. Les cellulites diffuses suppurées ont été notées dans 64,70% des cas. L'étude cyto bactériologique du pus a été effectuée chez 17,64% des malades.

Tableau IV : Répartition des patients en fonction des pathologies associées

Pathologies associées	Nombre de cas	Pourcentage
Paludisme	54	63,52
Septicémie	11	11,75
Anémie	8	9,41
Diabète	8	9,41
HTA	5	5,88



Graphique 4 : Répartition des malades selon le traitement effectué

Les patients présentant des cellulites suppurées (dont 23,52% cas de cellulites suppurées circonscrites et 64,70% cas de cellulites diffuses suppurées) ont bénéficié d'un traitement médical à base d'Ampicilline 1 g x3/ Jour en IV, de Gentamicine 80 mg x2 /Jour en IM et de Métronidazole 100 ml x3/jour IV.

Dans les formes séreuses (11,78 % des cas) l'Ampicilline 1g x 2 /jour en IV a été administré.

Un traitement antalgique à base du Paracétamol 60 mg/Kg/jour 3 prises ou du Novalgin® de 10 à 60mg/Kg/jour a été réalisé chez tous les malades.

Selon le traitement étiologique 58,82% des patients ont bénéficié de l'avulsion de la dent causale. Chez 31,17% des patients qui présentaient des cellulites post extractionnelles, un curetage de l'alvéole de la ou des dents extraites a été réalisé.

L'évolution post thérapeutique a été jugée favorable dans 95,3% des cas et 4,7%

cas de décès dont 3 sur un terrain de choc septique et 1 cas lié à une médiastinite ont été notés

III- DISCUSSION

Les COPB sont des affections relativement fréquentes dans le service. Sur une période de 6 ans 85 cas ont été colligés (soit 25,37%) parmi 335 cas de cellulites cervico-faciales. Les consultations tardives, l'automédication, l'insuffisance des infrastructures de santé bucco-dentaire pourraient justifier la fréquence élevée des COPB. Ces résultats sont supérieurs à ceux trouvés par BENARIBA.F et al.² qui ont recensé 26 cas de cellulites du plancher sur une période de 5 ans à l'hôpital militaire Avicenne au Maroc. MERLE et al.⁶ ont observé en France dans une unité de réanimation de l'hôpital Henry Mondor de Créteil 17 cas de cellulites diffuses odontogènes du plancher sur une période de 8 ans. AKIMBAMI et al.⁷.

Par rapport au sexe, 68,23% des patients étaient de sexe masculin et 31,16% de sexe féminin soit un sex-ratio de 2,1. La prédominance masculine a été également notée par plusieurs auteurs : 12 hommes/5 femmes pour MERLE J.C et al.⁶ et 11 hommes/4 femmes pour DADO et al.⁸.

L'âge moyen des patients était de 33 ans avec des extrêmes de 7 à 60 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 31 à 40 ans soit 34,11%.

Les ouvriers et les ménagères ont été atteints dans la même proportion - 23,95% et suivi des élèves-étudiants - 17,64%. La prédominance des COPB observée chez les ménagères et les ouvriers serait attribuée à l'ignorance et au manque d'information, de sensibilisation et d'éducatives relatives à l'hygiène bucco-dentaire.

Des résultats similaires ont été trouvés par VESSE et al.⁹ qui ont rapporté dans leurs études sur les cellulites cervico-faciales au CHU de Lomé que 65,38% des malades étaient des ouvriers et des ménagères.

La fréquence des COPB la plus élevée a été enregistrée en 2007 (soit 27,05%) suivi de l'année 2007 avec 15,29% et de 2009 avec 13%. La fréquence élevée des COPB en 2007 serait probablement liée aux campagnes d'information effectuées au cours de cette année sur la gravité des affections bucco-dentaires et par l'augmentation du taux de référence des malades des structures périphériques vers le CHU.

Une étude similaire réalisée par PORTAD.J et al.³ au service d'ORL et de chirurgie de la face et du cou au CHU Morvan à Brest a montré un pic de fréquence en 1999.

Malgré l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire et l'accessibilité aux soins dentaires à travers le monde, il existe toujours une forte prévalence des cellulites cervico-faciales d'origine dentaires estimée à 40%¹⁰. Dans cette étude, il a été noté que l'étiologie principale des COPB était la carie dentaire avec 58,82% suivie des complications post-extractionnelles - 41,18%. Ces dernières constituent une étiologie non négligeable dans la survenue des COPB dans notre contexte.

L'augmentation des cas de cellulites post extractionnelles serait due à la pratique de la chirurgie dentaire dans des cabinets clandestins et cela par des personnes non qualifiées. Des cas de cellulites post extractionnelles ont fait l'objet de plusieurs publications^{8, 11} et les auteurs s'accordent sur le fait que le traitement inadéquat des infections dentaires peut s'accompagner de complications graves parfois fatales^{12,14}.

Sur le plan clinique le motif principal de consultation était la douleur+fièvre et la tuméfaction. La dysphagie et le trismus représentaient respectivement 41,7% et 47,05%. Des résultats similaires ont été trouvés par DABO et al.⁸ qui ont noté la douleur et la tuméfaction comme motif principal de consultation dans leur étude.

Les cellulites suppurées diffuses du plancher buccal étaient la forme clinique la

plus rencontrée avec 64,7% alors que 23,52% étaient des cellulites circonscrites suppurées. REGA A. et al.⁴ ont trouvé 61,2% de forme diffuse suppurée du plancher buccal.

Le taux élevé des cellulites suppurées diffuses du plancher buccal par rapport à la forme séreuse s'expliquerait par le retard à la première consultation et par l'automédication.

Le retard à la consultation - facteur aggravant le pronostic vital des malades est lié dans notre contexte aux croyances traditionnelles et au caractère mystique que la majorité des malades confère à ces pathologies.

Les molaires inférieures étaient la cause des COPB dans 64,7% des cas suivies des prémolaires inférieures - 9,41%. Les données de la littérature s'accordent sur le fait que les complications de la carie des molaires inférieures constituent la cause principale des COPB^{11,13}

L'ECB du pus est réalisée de façon systématique dans la plupart des séries publiées avec l'avantage de mieux adapter l'antibiothérapie. Cependant dans notre étude, cet examen n'a été effectué que chez 17,64% des malades. Une flore polymicrobienne composée de Streptococcus et des Bacteroides a été observée. Ce résultat est similaire aux données publiées par Kinzer S et al.¹⁴.

Le faible taux de réalisation de l'ECB du pus s'expliquerait par son coût élevé et par la pauvreté de la plus part des patients.

Dans 82,35% des dossiers l'état général des malades était jugé peu satisfaisant, ce qui pourrait s'expliquer par le retard accusé avant la première consultation et le risque de diffusion rapide de l'infection observé au cours de ces cellulites.

Dans 11,76% des cas, le traitement médical effectué en association avec l'élimination des foyers infectieux dentaires a permis la guérison des patients.

Le traitement chirurgical a été réalisé chez 88,23% des patients. Comme dans

la plupart des études publiées sur le sujet^{10,12}, le drainage chirurgical constitue la seule méthode de traitement efficace des cellulites suppurées du plancher buccal.

Le traitement a été jugé favorable chez 95,3 % des patients. Quatre cas (4,7%) de décès dont 3 sur un terrain de choc septique et 1 cas lié à une médiastinite ont été notés. Des cas de décès ont été également observés par des auteurs comme MERL JC et al.⁶ qui ont rapporté 6 cas de décès dans leur série parmi les quels 3 cas étaient liés à une pleurésie, 1 cas de médiastinite, 1 cas de péricardite et 1 cas de choc septique. A l'hôpital Ibn Sina de Rabat au Maroc, Akalal et al¹⁵ ont publié en 2003, un cas de décès lié aux cellulites du plancher buccal.

Ces résultats confirment le fait que le taux de mortalité lié aux COPB reste encore élevé malgré les progrès thérapeutiques actuels. L'automédication, la pauvreté de la plupart des patients et les consultations tardives sont des facteurs de mauvais pronostic.

CONCLUSION

Les COPB constituent une pathologie infectieuse grave de la sphère orofaciale du fait de leur extension possible vers le médiastin et leur mortalité élevée. L'automédication, le retard à la consultation et le recours au traitement traditionnel constituent un facteur aggravant le pronostic vital.

Les COPB imposent une prise en charge médico-chirurgicale en urgence qui consiste au drainage de la collection, à l'avulsion de la dent causale, avec une antibiothérapie adaptée et à l'administration des antalgiques.

Le taux de mortalité lié aux COPB reste encore élevé malgré les progrès thérapeutiques actuels.

L'éducation et l'information de la population sur l'hygiène bucco-dentaire et l'élimination précoce des foyers infectieux dentaires pourraient réduire considérablement la prévalence des COPB.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- LOOMIS PW, CAMPBELL HR
Fatal cervical necrotizing fasciitis (a report of two cases of confirmed odontogenic origin and one of possible odontogenic origin).
J Forensic Sci. 2001;46(4):959-61.
- 2- BENARIBA F.
Cellulites cervico-faciales à propos de 26 cas
Rev. Soc. Française Oto-Rhinol-Laryngol 2001;77(6) : 8-13
- 3- PORTARD G, MARIANOKNSKI R, FORTUM C, RAYBAUD O, PREVERAUD D, VAZEL L, MARTINS C, JEZEQUEL J A.
Cellulite de la face et du cou à propos de 13 cas
J. Française Oto-Rhinol. Laryngol. 2000; 49(6):325-37
- 4- REGA AJ, AZIZ-SHAHID R, ZICCARDI V
Microbiology and antibiotic sensitivities of head neck infection of odontogenic origin.
J.Oral Maxillo-fac Surg 2006 64 (9): 1379-1386
- 5- REYCHLER H , CHAURSE J.M.
Pathologie infectieuse d'origine dentaire dans : traitée de pathologie buccale et Maxillo-faciale.
Bruxelles, De Boek Universty ; 1991:1963-1288.
- 6- MERLE JC GUERRIN P, GUERRINI L, BETDON L, MARGENET A, TCHAKERIAN A, REYNAUD P, BONNET F.
Cellulites cervico -faciales odontogéniques
J. Eur Urgences 1995; 8 (1):14-19.
- 7- AKINBAMI BO, AKADIRI O, GBUJIE DC.
Spread of odontogenic infections in Port Harcourt, Nigeria.
J Oral Maxillofac Surg. 2010; 68(10):2472-7.
- 8- BADO.F, FLEURIDAS G, LOCKART R.
Cellulite cervicale diffuse et du plancher buccal à propos de 15 cas.
Rev. Stomatol chir Maxillo-fac 1998 (4) : 266-268
- 9- VESSE M, COURTOIS B , PRENEY MB, COUMEL C
Cellulites odontogènes du plancher buccal et cellulites gangreneuses du cou à propos d'un cas
Rev Stomatol Chir Maxillofac. 1984;85(4):287-90.
- 10- MARIONI G, RINALDI R, STAFFIERI C, MARCHESI-RAGONA R, SAIA G, STRAMARE R, BERTOLIN A, DAL BORGO R, RAGNO F, STAFFIERI A.
Deep neck infection with dental origin: analysis of 85 consecutive cases (2000-2006).
Acta Otolaryngol. 2008;128(2):201-6.
- 11- REVOL P, GLEIZAL A, KRAFT T, BRETON P., FREIDELM, BOULETREAU P.
Abcès intra cérébral et cellulite cervico-facial diffuse.
Complication d'une extraction de la dent de sagesse : A propos d'un cas.
Rev Stomatol Chirur Maxillo-fac. 2003 ;104 :285-289
- 12- BRATTON TA, JACKSON DC, NKUNGULAHOWLETT T, WILLIAMS CW, BENNETT CR.
Management of complex multi-space odontogenic infections.
J. Tenn Dent Assoc. 2002;82(3):39-47.
- 13- FARRIER JN, KITTUR MA, SUGAR AW
Necrotising fasciitis of the submandibular region; a complication of odontogenic origin.
Br Dent J. 2007;202(10):607-9.
- 14- KINZER S, PFEIFFER J, BECKER S, RIDDER GJ.
Severe deep neck space infections and mediastinitis of odontogenic origin: clinical relevance and implications for diagnosis and treatment.
Acta Otolaryngol. 2009;129(1):62-70.
- 15- AKALLAL N ; REAGUING W; FARIKM E
Les cellulites cervico-médiastinales nécrosantes. Un diagnostic à ne pas méconnaître.
Rev pneumol clin (Paris), 2003;58(6);355-358