

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES DES CELLULITES PERIMAXILLAIRES : EXPERIENCE D'UN SERVICE DE STOMATOLOGIE AU SENEGAL

MAXILLOFACIAL SPACE INFECTION EXPERIENCE IN SENEGAL : A RETROSPECTIVE STUDY OF 349 CASES

NIANG P*, BA A*, TAMBA-FALL A**, DIA TINE S*, KOUNTA A*, DIOP R***, TAMBA B*, BOUASSALO KM, GASSAMA-BARRY CB*, TOURE S**, DIALLO B*

* Service de Chirurgie Buccale, Département d'Odonto-Stomatologie de Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS) de Dakar

** Service de d'Odontologie Pédiatrique, Département d'Odonto-Stomatologie (FMPOS) de Dakar

*** Service de Stomatologie, Centre Hospitalo-Universitaire Aristide Le Dantec de Dakar

Correspondance : Docteur Paul Dédé Amadou NIANG

Service de Chirurgie Buccale, Département d'Odonto-Stomatologie, FMPOS
Université Cheikh Anta DIOP, B.P. 16162 Dakar Fann / dbniang@hotmail.com

RÉSUMÉ

L'objectif de cette étude était de décrire les aspects épidémiologiques, étiologiques et cliniques d'une ancienne série et de comparer les résultats avec des données récentes. Les dossiers de patients atteints de cellulites périmaxillaires et traités dans le service de Stomatologie du CHU Aristide Le Dantec de Dakar sur une période de 47 mois ont été étudiés.

349 cas (178 hommes et 171 femmes), âgés de 2 à 84 ans ont été colligés. Les 21-30 ans étaient les plus touchés (38.8 %). Les infections étaient odontogènes dans la plupart des cas (92.7 %). La carie était la principale cause dentaire (79.9%). Les molaires mandibulaires étaient les plus mises en cause (74.3 %). Le retard à consulter était compris dans les 7 jours dans 81.2 % des cas. Les cellulites circonscrites suppurées étaient les plus fréquentes (85.9 % des cas). Les cellulites circonscrites siégeaient surtout au niveau de la région génienne basse (53 %). Les régions génienne basse et sous mylo-hyoïdienne étaient les plus envahies dans les formes diffuses (68.8 et 62.5 %).

Les aspects épidémiologiques, étiologiques et cliniques des cellulites périmaxillaires de cette série sont conformes aux données les plus récentes qui, toutefois, semblent montrer une recrudescence des formes séreuses en consultation.

MOTS-CLÉS : CELLULITE PÉRIMAXILLAIRE, ÉPIDÉMIOLOGIE, ORIGINE DENTAIRE, SÉNÉGAL

SUMMARY

We retrospectively studied maxillofacial space infections (MSI) presenting to oral and maxillofacial surgery unit (Aristide Le Dantec teaching hospital) over a 47-month period. Epidemiologic aspects, causes and clinical features were evaluated and compared with other recent statistics.

MSI constituted 30.7 % of the total oral surgery cases. 349 patients (2-84 years) were admitted. Males outnumbered females (178:171). The most common cause of MSI was odontogenic infection (92.7 %). A wide range of MSI was encountered in our series. The maxillofacial spaces involved, in descending order, were buccal mandibular (53 %), buccal maxillary (14.7 %) and submandibular (9.9 %). The buccal mandibular space was the most commonly involved in both single space and multiple space infections (53 % and 68.8 %, respectively).

The epidemiologic aspects, causes and clinical features of the MSI in this series were in agreement with the medical literature.

KEY WORDS : MAXILLARY SPACE INFECTION, EPIDEMIOLOGY, ODONTOGENIC INFECTION, SENEGAL

INTRODUCTION

Les cellulites périmaxillaires d'origine dentaire sont des processus infectieux du tissu cellulo-adipeux de la face à point de départ dentaire, aux limites souvent imprécises et à tendance extensive ^[1].

A côté de la pathologie bucco-dentaire comparable à celle couramment observée dans les pays industrialisés et dominée par les caries et les parodontopathies, il subsiste des affections particulières en Afrique, dont les cellulites d'origine dentaire font partie ^[2]. Il s'agit des complications les plus fréquentes des caries dentaires dont 90 % restent sans traitement en Afrique ^[1, 2].

Cette affection est très répandue et sa prévalence est encore élevée dans les pays en développement ^[2, 3] ; elle représente 5 à 12 % des consultations en Odonto-Stomatologie ^[3, 4]. Ce sont des urgences diagnostiques et thérapeutiques en raison de la morbidité et même de la mortalité qu'elles induisent ^[1, 5, 6].

L'objectif de cette étude était de décrire les aspects épidémiologiques, étiologiques et cliniques d'une série de cellulites périmaxillaires qui n'a pas encore été étudiée et de comparer les résultats avec des données récentes.

RÉSULTATS

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET ÉTIOLOGIQUES

349 cas de cellulites périmaxillaires ont été recensés sur une période de 47 mois, soit une fréquence de 89.1 cas par an. Ces cellulites représentaient 30.7 % des cas de chirurgie ambulatoire dans le service pendant la période d'étude.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive qui a été menée dans le service de Stomatologie du CHU Aristide Le Dantec de Dakar (HALD). Elle a concerné les dossiers de patients atteints de cellulites périmaxillaires inscrits sur des cahiers tenus de janvier 1983 à décembre 1993 et dans lesquels étaient retranscrits tous les cas d'intervention chirurgicale menée en ambulatoire sur une période de 47 mois.

Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques, étiologiques et cliniques.

Les catégories socio-professionnelles n'étant pas bien distinctes compte tenu de l'importance du secteur informel au Sénégal, les patients ont été classés de manière arbitraire en 7 groupes professionnels (agents administratifs et techniques, agriculteurs, agents de sécurité, artisans, cadres, indépendants et sans revenus).

Ils ont également été répartis dans 3 grandes aires géographiques (Dakar, sa banlieue, l'ensemble des autres régions). La répartition entre Dakar et sa banlieue a tenu compte du découpage de l'ancienne Communauté Urbaine de Dakar en villes subdivisées en arrondissements.

L'âge des patients était compris entre 2 et 84 ans. La répartition des patients tranches d'âge de 10 ans est représentée par la figure 1. Le sex ratio était de 1.04.

La répartition des patients en fonction du lieu d'habitation est représentée sur la figure 2. Ces patients sont répartis selon la profession dans le tableau I.

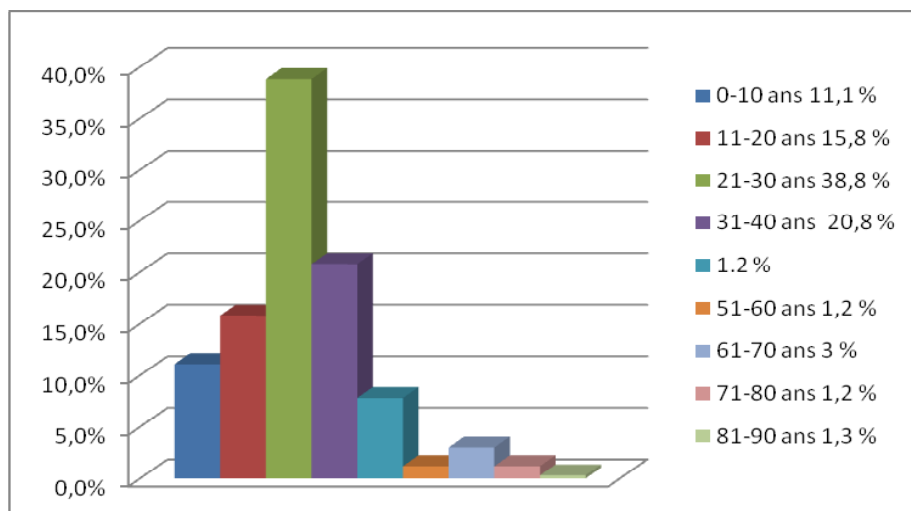


Figure 1 : répartition des cas par tranches d'âges de 10 ans

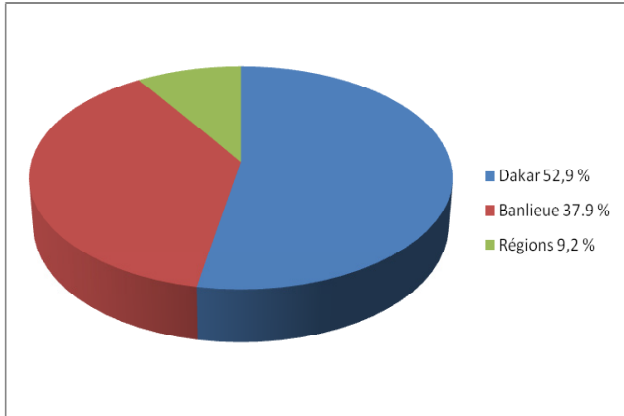


Figure 2 : répartition des cas selon l'aire géographique d'habitation

Tableau I : répartition des cas selon la profession

Professions	Pourcentages
Agents administratifs et techniques	4.6 %
Agriculteurs	2.1 %
Agents de sécurité	2.1 %
Artisans	11.3 %
Cadres	5.7 %
Indépendants	12.6 %
Sans revenus	61.3 %

Les causes dentaires étaient notées dans 92.7 % des cas. La répartition des cas d'origine dentaire selon l'étiologie est représentée par la figure 3. Ces cas sont répartis selon la dent causale dans le tableau II.

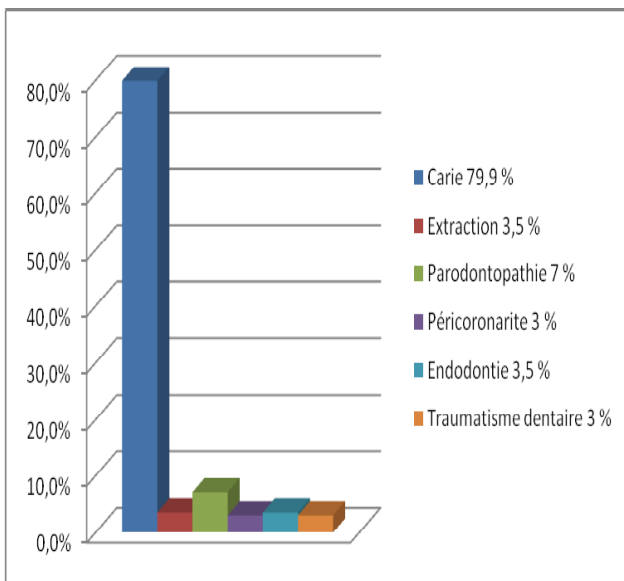


Figure 3: répartition des cas d'origine dentaire selon l'étiologie

Tableau II: répartition des cas selon la dent causale

Dents causales	Pourcentages
Incisive centrale supérieure	3.3 %
Incisive latérale supérieure	1.47 %
Canine supérieure	1.7 %
1ère et 2ème prémolaires supérieures	7.9 %
1ère et 2ème molaires supérieures	9.6 %
3ème molaire supérieure	1 %
Bloc incisivo-canin inférieur	2.6 %
1ère et 2ème prémolaires inférieures	5.6 %
1ère molaire inférieure	30.4 %
2ème molaire inférieure	18.5 %
3ème molaire inférieure	25.4 %
Molaires temporaires supérieures	3 %
Molaires temporaires inférieures	5.3 %

ASPECTS CLINIQUES

Le délai de consultation était compris entre 1 et 120 jours ; il était inférieur ou égal à 7 jours dans 81.2 % des cas. Les retards à consulter les plus fréquents étaient de 3 (20.3 %), 5 (14.8 %) et 7 (17.6 %) jours. La répartition des cas selon le motif de consultation est représentée par la figure 4.

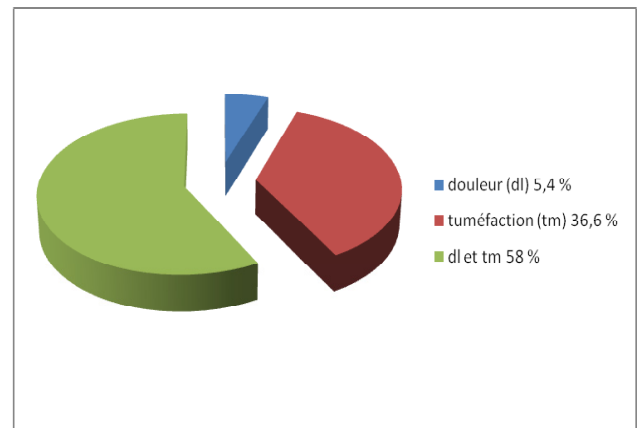


Figure 4 : répartition des cas selon le motif de consultation

Cellulites aiguës et chroniques représentaient respectivement 95.3 et 4.7 % des cas. La répartition des cellulites aiguës selon l'évolution est présentée sur le tableau III. La répartition des cellulites selon le siège est présentée sur le tableau IV.

Tableau III: répartition des cellulites aiguës selon l'évolution

Cellulites aiguës			
Circonsrites	Séreuses	14.1 %	90.3 %
	suppurées	85.9 %	
Diffuses			9.7 %

Tableau IV : répartition des cas selon le siège

Formes topographiques	C. Circonsrites	C. Diffuses
Cervicale	***	31,3%
Génienne haute	14,7%	25%
Génienne basse	53%	68,8%
Labiale supérieure	4,5%	***
Labiale inférieure	2,6%	***
Massétérine	7%	21,9%
Nasogénienne	2,2%	***
Palatine	3,2%	***
Ptérygoïdienne	0,6%	***
Sus-mylohyoïdienne	1%	46,9%
Sous- mylohyoïdienne	9,9%	62,5%
Temporale	1,3%	25%

DISCUSSION

349 cas de cellulites périmaxillaires recrutés dans le service de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale de l'HALD sur une période de 47 mois ont été rapportés. L'imprécision de certaines données était liée au caractère rétrospectif de l'étude qui, en outre, n'a pas permis de prendre en compte les affections sous-jacentes éventuelles. Néanmoins la fréquence et l'homogénéité des résultats semblent confirmer que les cellulites périmaxillaires touchaient une population adulte jeune défavorisée, que les caries des molaires mandibulaires étaient les causes les plus fréquentes et qu'il s'agissait surtout de cellulites géniennes basses suppurées.

Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire semblaient fréquentes dans le service si l'on considère qu'elles représentaient 30.7 % des interventions chirurgicales sous anesthésie locale, extractions simples et multiples exceptées. Ce taux est bien plus important que ceux habituellement rapportés en Afrique où ils sont inférieurs à 5 %. Ce pourcentage de 3.5 % dans une étude au Rwanda atteint tout de même 12 % dans une autre à Madagascar [4, 7]. Dans ces études, le pourcentage des cellulites est évalué par rapport au volume de consultation global. Rien que pour des

patients pris en charge en ambulatoire, il aurait fallu inclure, outre les extractions simples et multiples, la traumatologie dento-maxillo-faciale et les affections traitées sous anesthésie générale afin que les résultats puissent être comparés. Rappelons que durant la période couverte par l'étude, ces affections étaient prises en charge dans 2 structures de références situées à Dakar, dont seul le CHU Aristide Le Dantec faisait office d'Assistance Publique. Or, dans une étude sénégalaise multicentrique et plus récente (2004), le pourcentage de ces cellulites n'était plus que de 4.9 %. [3]. Ce taux s'explique aussi par l'impact du Certificat d'Etudes Supérieures d'Odonto-Stomatologie Tropicale qui a rehaussé le niveau du plateau technique et favorisé la prise en charge des cellulites périmaxillaires, ailleurs, dans d'autres structures de santé bucco-dentaire réparties sur l'ensemble du territoire national.

Il s'agissait d'une affection de l'adulte jeune comme le prouve la tranche d'âge la plus touchée (21-30 ans) qui représentait à elle seule 38.8 % des cas et la majorité des données concernant l'Afrique [4, 5, 7, 8]. En effet, les jeunes représentent une part très importante de la population dans les pays africains. En outre, l'abus d'aliments cariogènes et la fréquence des accidents d'évolution des dents de sagesse seraient des facteurs de risque inhérents à cette tranche d'âge [3, 4].

La prédilection masculine des cellulites d'origine dentaire est corroborée par la plupart des études menées à travers le monde et notamment en Afrique [6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. Chez l'homme, des facteurs de risque (HBD déficiente, alcool, tabac) sont été évoqués [16]. Chez la femme, outre l'hygiène, une meilleure réponse immunitaire a également été mentionnée [5]. Cependant, des études menées en Afrique mais aussi en Europe rapportent une prédominance féminine [3, 10]. Cette inversion de tendance s'expliquerait par leur plus grande susceptibilité à la douleur et à l'infection, ainsi que par leur analphabétisme plus important qui favoriseraient le recours persistant aux tradipraticiens [3].

Les patients issus de milieux défavorisés et/ou à faibles revenus étaient les plus atteints comme semble le confirmer l'ensemble des travaux menés dans le monde et particulièrement en Afrique [3, 9, 12, 15]. Des critères d'appréciation hétéroclites rendent difficile toute comparaison des résultats. Des moyens financiers insuffisants et l'analphabétisme ont souvent été évoqués comme facteurs de risque de survenue des cellulites [3, 12, 17, 18].

Bien que souvent mentionné, le retard à consulter n'a pas été évalué dans d'autres études et n'a pu faire l'objet d'une comparaison ; il serait surtout dû à l'automédication antibiotique et anti-inflammatoire [19]. Le délai de consultation dans cette série s'expliquait en outre par les difficultés de transports depuis des zones enclavées (banlieues) et/ou éloignées (zones rurales) vers la seule structure sanitaire de référence en matière de prise en charge des cellulites et faisant office d'Assistance Publique à cette époque. Le problème de l'accessibilité aux soins se posait également en termes de coûts élevés pour des patients souvent démunis qui s'orientaient ainsi vers les tradipraticiens.

La consultation était principalement motivée par l'association de la tuméfaction et de la douleur qui étaient évoquées par 58 % des patients conformément aux données de la littérature [4, 5, 16, 20].

Les causes dentaires étaient largement dominées par la carie (79.9 %) en accord avec les résultats de nombreuses études menées à travers le monde [3, 8, 21]. La mauvaise hygiène bucco-dentaire et les soins négligés en seraient les principales raisons [3, 15]. Les dents causales étaient surtout les molaires mandibulaires et principalement les 1ères qui représentaient à elles seules 30.4 % des dents incriminées. Ces résultats s'inscrivent dans les données de la littérature [3, 7, 8, 18]. En effet, la 1ère molaire mandibulaire est très exposée à la carie et à ses complications en raison de son volume, de sa morphologie (sillons sur la face occlusale) et de son apparition sur l'arcade à un âge où les principes ainsi que les techniques d'hygiène ne sont pas assimilées [7].

Les cellulites aiguës (95.3 % des cellulites), circonscrites (90.3 % des cellulites aiguës) et suppurées (85.9 % des cellulites aiguës circonscrites) étaient largement prédominantes, ce que reflètent la plupart des résultats [4, 16]. Cependant, des travaux récents montrent une recrudescence des cellulites séreuses observées en consultation ; leur pourcentage est de 47.8 % dans une étude réalisée au Sénégal en 2004 [3]. Ce constat récent peut être lié à une prise de conscience des patients sensibilisés par les campagnes de prévention ; il peut encore s'expliquer par l'impact positif du CES d'OST qui a favorisé l'accès à des soins de qualité, détournant les populations des tradipraticiens et contribuant à la prise en charge précoce de ces affections au Sénégal.

Les cellulites circonscrites étaient surtout à point de départ mandibulaire (75.4 % des cas) et la

localisation génienne basse était la plus fréquente (53 % des localisations), ce qui est conforme aux données habituellement rapportées [3, 4].

La susceptibilité aux caries des prémolaires et des molaires mandibulaires dont les faces occlusales comportent des sillons marqués et la facilité de diffusion de l'infection dans le tissu cellulaire des régions voisines expliquent la fréquence des cellulites à l'étage inférieur de la face [7]. La moindre fréquence des cellulites à point de départ maxillaire vient de la profondeur du vestibule et de la pauvreté en tissu cellulaire, notamment au palais où la fibro-muqueuse adhérente limite la propagation de l'infection, entraînant la formation d'un abcès sous-périosté [4].

CONCLUSION

L'homogénéité et la fréquence des observations dans notre série permettent de conclure que durant la période couverte par l'étude comme aujourd'hui, les cellulites d'origine dentaire étaient fréquentes et touchaient une population jeune et défavorisée. Les étiologies étaient largement dominées par les caries des molaires mandibulaires. Il s'agissait de cellulites aiguës circonscrites et suppurées surtout, siégeant au niveau de la région génienne basse dans la plupart des cas et évoluant depuis une semaine, alors que des travaux récents montrent la recrudescence des formes séreuses en consultation.

RÉFÉRENCES

- 1 LOPPIN M, ADAMSKI H, LARREGUE M, CADRE B, GODEY B, CHEVRANT-BRETON J. Ulcérations cervico-faciales liées à un foyer infectieux dentaire chez l'enfant. *Arch pédiatr* 2006 ; 13 : 249-241
- 2 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. La santé bucco-dentaire dans les régions africaines. *Bureau régional de l'Afrique pour l'OMS, Harare, 2000* : 37
- 3 DIA TINE S, GASSAMA BARRY BC, NIANG P, SECK O, KEBE NF, YOUNES Y, TINE B, DIALLO B. Aspects cliniques des cellulites périmaxillaires dans la région de Dakar. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 2008; 15: 28-33
- 4 RAZAFINDRABE JAB, RAMDRIMANATENASOA VH, ANDRIANASOLO MF, RADAVIDRISON MF, RASOARIMASY VO, RAKOTOVAO JD. Epidemiological and clinical aspect of dental cellulitis in Antananarivo. *Am J Med Sci* 2007; 7: 1108-1111
- 5 AYOUBI A, AYOUBI F, EMMANUEL M, GUERTITE A, BOULAÏCH M, ESSAKALLI L, BENBOUZID A KZADRI M. Cellulites cervico faciales diffuses d'origine dentaire: à propos de 60 cas. *Med Buc Chir Buc* 2009 ; 15 : 127-135

- 6 DUBERNARD C, BELLANGER S, CHAMBON G, LEON H, TORRES JH, LOZZA J. Cellulite d'origine dentaire engageant le pronostic vital: à propos d'un cas. *Med Buc Chir Buc* 2009 ; 15 : 119-125
- 7 KARENGERA D. Les cellulites périmaxillaires à l'hôpital universitaire de Butare (Rwanda). *Odontostomatol Trop* 1991 ; XIX : 16-20
- 8 ROKOTOARISON RA, RAMAROZATOVO NP, RAKOTO FA, RAKOTOVAO FJ. Cellulites cervico-faciales. *Med Buc Chir Buc* 2008; 14: 35-39
- 9 BENGONDO CH, BITA RC, AVANG NTC, MENGONG H, BENGONO G. Cellulites et phlegmons d'origine dentaire au CHU de Yaoundé. *Odontostomatol Trop* 2006 ; 29 : 22-26
- 10 CARTER LM, LAYTON S. cervicofacial infection of dental origin presenting to maxillofacial surgery units in the united kingdom: a national audit. *Br Dent J* 2009; 206; 73-78
- 11 FLYNN TR, SHANTI RM, LEVI MH, ADAMO AK, KRAUT RA, TRIEGER N. Severe odontogenic infections, part I : prospective report. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64: 1093-1103
- 12 KEITA M, DOUMBA K, DINGO D, DIALLO M, TIMBO SK, AG MOHAMED A. La cellulite cervicale extensive en milieu hospitalier sub-sahélien une pathologie oubliée ? Cas du Mali. *Méd Afr Noire* 2008 ; 55 : 8-9
- 13 LYN YTJ, LU PW. Rétrospective study of pediatric facial cellulitis of odontogenic origin. *Pediatr Infect Dis J* 2006 ; 25 : 339-342
- 14 SATO FRL, HAJALA FAC, FILHO FWVF, MOREIRA FWF, MORALES M. Eight-years retrospective study of odontogenic origin infections in a post graduation program on oral and maxillofacial surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2009; 67; 1092-1097
- 15 ZANG C, TANG Y, ZHENG M, YANG J, ZHU G, ZHOU H, ZHANG Z LIANG X. Maxillofacial space infection experience in West China: a retrospective study of 212 cases. *Int J Infect Dis* 2010; 14: 414-417
- 16 BENZARTI S, MARDASSI A, BEN MHAMED R, ACHICHA A, BRAHEM H, AKKARI K, MILED I, CHEBBI MK. Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire: a propos de 150 cas. *J Tun Orl* 2007 ; 19 : 24-28
- 17 AMPONSAH EK, Donkor Life-threatening oro-facial infections *Gh Med J* 2007; 41: 33-36
- 18 SËPPANEN L, RAUTEMAA R, LINDQVIST C, LAUHIO A. Changing clinical features of odontogenic maxillofacial infections. *Clin Oral Investig* 2010; 14: 459-465
- 19 GADEGBEKEU S, CREZOIT GE, AKA GKF, OUARTARA B. Cellulites et phlegmons maxillo-faciaux graves en milieu Africain. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 1995; 2: 8-11
- 20 MOOS KF, BAKATHIR AH, AYOUB AF, BAGG J. Factors contributing to the spread of odontogenic infections: a prospective pilot study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005; 34: 86
- 21 OUAZZANI A, DEQUANTER D, BUTTAFUOCO F. Fasciite nécrosante cervicale compliquant un abcès dentaire : observation clinique rare. *Rev Med Brux* 2009 ; 30 (2) : 99-105