

CELLULITES CERVICO FACIALES : profil épidémiologique des patients pris en charge aux urgences de chirurgie maxillofaciale à l'Hôpital des Spécialités de Rabat

O. Boukhlof^{*a} (Dr), ZA. Baba Hassene^{*a} (Dr), M. Boulaadas^a (Pr)

^a Hôpital des Spécialités de Rabat, Rabat, MAROC

*boukhlofoumaima@gmail.com

INTRODUCTION

Les cellulites cervico-faciales sont des infections des espaces cellulo-graisseux de la tête et du cou, propagées à partir d'une inoculation septique. Ce sont des affections graves qui ont une tendance extensive rapide et peuvent mettre en jeu le pronostic vital.

Seule une prise en charge précoce et multidisciplinaire permet d'espérer un bon pronostic. Le développement des antibiotiques a permis de modifier radicalement l'évolution de ces cellulites, à condition que leur utilisation soit précoce, adaptée et ne fasse pas oublier le traitement étiologique (1)(2).

Le but de cette étude était d'étudier le profil épidémioclinique et paraclinique de nos patients, d'évaluer leur prise en charge thérapeutique et leur évolution.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a été effectuée aux urgences de Chirurgie maxillo-Faciale de l'Hôpital des Spécialités CHU RABAT à propos de 49 cas de cellulites cervico-faciales, colligées sur une période de 01 an allant de juin 2019 à avril 2020.

L'âge moyen de nos patients était de 31 ans, avec des extrêmes allant de 7 à 75 ans. Nous avons relevé une nette prédominance masculine (74%).

26,5% des cas avaient un diabète (13 cas), 10,2% souffraient d'immunodépression (5 cas) .

La classe socio-économique défavorisée a concerné 18 cas (36,7%), et l'intoxication alcool-tabagique a été retrouvée chez 14 patients (28,5%).

17 patients présentaient une notion de soins dentaires récents avec prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (34,6%) et 15 patients ont reçu une antibiothérapie avant l'hospitalisation (30,6%) . (Figure 1)

Les Cellulites cervico-faciales diagnostiquées étaient dans 77% d'origine dentaire ,10% d'origine rhinosinusienne, et dans 13% des cas d'origine amygdalienne (Figure 2) .

Le motif de consultation principal était la tuméfaction cervico-faciale (90%). Les autres signes fonctionnels comportaient un trismus chez 10 patients (20,4%), une dyspnée dans 3 cas (6,1%). 19 patients étaient fébriles soit 38,7% des cas et 21 présentaient une altération de l'état général soit 42,8%.

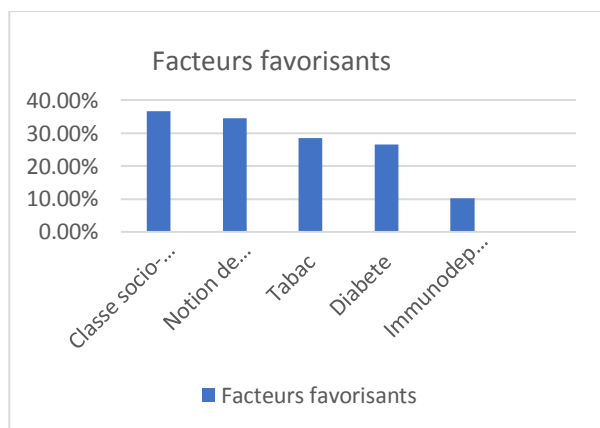


Figure 1 : Graphique des facteurs favorisants les cellulites cervico-faciales.



Figure 2 : A- Cellulite cervico-faciale d'origine dentaire chez un enfant
B- Cellulite faciale d'origine rhinosinusienne chez un adulte
C- Cellulite cervico-faciale d'origine dentaire chez un adulte
D- Cellulite retroseptale avec extension a la région infra-temporale chez un nourrisson .

La tomodynamométrie a été réalisée chez 85% des patients, 55% ont présenté une cellulite cervico-faciale (27cas), et 8 cas ont présenté une cellulite faciale sans extension cervicale (16,3%).

Dans 45% des cas, il s'agissait d'une cellulite aiguë sévère, et dans 25% des cas, il s'agissait d'une cellulite aiguë suppurée. 4% ont présenté une fasciite nécrosante et 6,1% ont présenté une médiastinite.

Tous les malades ont été mis sous Bi-antibiothérapie par voie parentérale : Amoxicilline protégée 1g/8h et Gentamycine 160mg /24h .

5 malades ont été mis sous corticoïdes : Solumédrol 120mg/24h .

Les 3 cas présentant une médiastinite ont bénéficié d'une thoracotomie et 2 malades ont bénéficié d'une trachéotomie.

Nous avons pratiqué un drainage chirurgical chez 37 patients (75,5%), qui a consisté en une incision avec évacuation du pus, débridement excision des tissus nécrosés et lavage abondant. 6% des patients ont bénéficié d'une mise en place d'une lame de drainage type Delbet .

L'évolution était favorable chez 45 patients (91,8%), avec un taux de mortalité nul.

DISCUSSION

Les cellulites cervico-faciales intéressent le plus souvent l'adulte jeune entre 20 et 30 ans, avec une prédominance masculine (3) (4). Dans notre étude l'âge moyen de nos patients était de 31 ans avec une nette prédominance masculine (74%) .

L'origine des cellulites cervico-faciales est le plus souvent dentaire, amygdalienne ou autres (cutanée, sinusienne...). Ce qui a été prouvé dans notre étude.

L'incidence élevée des cellulites odontogènes est essentiellement due à la mauvaise hygiène bucco-dentaire (5). Les facteurs favorisant des cellulites cervico-faciales sont nombreux : diabète, intoxication alcool-tabagique, immunodépression, prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (6) (7). Dans notre étude, la mauvaise hygiène bucco-dentaire avec la prise d'anti-inflammatoires prend le podium, suivies du tabac, du diabète et de l'immunodépression.

Le diagnostic d'une cellulite cervico-faciale repose sur des critères cliniques et radiologiques. La tuméfaction cervico-faciale est le motif le plus motivant et poussant la consultation des malades. Les signes généraux font rarement défaut : fièvre, frissons, sueurs (6) (8).

La tomodensitométrie permet de préciser la nature inflammatoire d'une tuméfaction cervicale, d'évaluer son extension et oriente le drainage chirurgical (9) (10).

Le traitement médical est basé sur une antibiothérapie ciblée et efficace. Les protocoles thérapeutiques sont variables dans la littérature, la dose et la durée du traitement dépendent du type et de l'évolution de la cellulite (11).

Dans notre étude, l'amoxicilline protégée associée à la gentamycine a montré une efficacité absolue chez les patients traités

Le traitement chirurgical est nécessaire en cas de collections suppurées ou de plages de nécrose. L'intervention doit être la plus complète possible et la voie d'abord large et extensible; il s'agit de drainer mais aussi d'exciser la nécrose et de mettre à plat toutes les zones cellulitiques (12).

La trachéotomie s'impose dans les cellulites rétro-pharyngées à cause du risque de rupture de ces abcès lors des manœuvres d'intubation (13). Le traitement stomatologique est le plus souvent effectué après refroidissement de l'infection.

Le meilleur traitement reste préventif, à base d'antibioprophylaxie lors des soins dentaires, l'hygiène buccodentaire, et l'éviction de la prescription abusive d'anti-inflammatoires.

CONCLUSION

Les cellulites cervico-faciales forment une pathologie potentiellement grave dont la prise en charge est coûteuse et les répercussions socio-professionnelles et économiques sont lourdes, d'où l'intérêt d'une politique de prévention efficace et ciblée visant à réduire la morbidité liée à ces infections

REFERENCES

1. Lin C, Yeh FL, et al. Necrotizing fasciitis of the head and neck: an analysis of 47 cases. *Plast Reconstr Surg*. 2001; 107(7): 1684-93. PubMed | Google Scholar
2. Benouilba F, Charrier JB. Infections cervicales et extensions basses médiastinales de l'adulte. *Journal de radiologie*. 10, octobre 2009; 90(10): 1383. PubMed | Google Scholar
3. Potard G, Marianowski R, Fortune C, et al. Cellulites de la face et du cou à propos de 13 cas. *J F ORL*. 2000 ; 49: 325-37. PubMed | Google Scholar
4. Mansour Salem. Cellulites cervicales à propos de 103 cas. Thèse Med-Tunis. 2006. Google Scholar
5. Boca P, Moreau P. Complications cervicales d'infections dentaires: les causes- le diagnostic- le traitement. *Acta Oto-Rhino-laryngol*. 1995 ; 49: 37-44. PubMed | Google Scholar
6. Benzarti S, Mardassi A, Ben Mhamed R et al. Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire à propos de 150 cas. *J Tun ORL*. décembre 2007; n°19 PubMed | Google Scholar
7. Kpemissi E. Cellulites cervico-faciales d'origine bucco-dentaire: Etude de 26 cas au CHU de Lomé. *Rev Laryngol Oto-Rhinol*. 1995 ; 116: 195-7. PubMed | Google Scholar
8. Mathiau D, Neiviere R, et al. Cervical necrotizing fasciitis: clinical manifestations and management. *Clin Infect Dis*. 1995;21: 51-6. PubMed | Google Scholar
9. Mateo J, Petipas F, Payen D. Dermohypodermes bactériennes nécrosantes et fasciites nécrosantes. *Cellulites ORL Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2006;25:975-977. PubMed | Google Scholar
10. Verdalle P B, Rouguet E, Raynal M et al. Les cellulites cervico-médiastinales nécrosantes: A propos de 3 cas. *Ann Oto-Laryngol Chir Cervico-Fac*. 1997 ; 114: 302-9. PubMed | Google Scholar
11. Bédos J P. Dermohypodermes bactériennes nécrosantes et fasciites nécrosantes: quels antibiotiques et comment?. *Annales Françaises d'anesthésie et de réanimation*. 2006; 25:982-985. PubMed | Google Scholar
12. Lortat-Jacob A. Hypodermes et fasciites nécrosantes des membres chez l'adulte: Prise en charge chirurgicale. *Med Mal Infect*. 2000 ; 30 Suppl 5: 438-45. PubMed | Google Scholar
13. Reyford H, Bouffiers E, Baralle MM et al. Cervico-facial cellulitis dental origin and tracheal intubation. *Ann Fr Anesth Reanim*. 1995; 14(3): 256-60. PubMed | Google Scholar