

La Cellulite cervico-faciale et thoracique en milieu défavorisé à Ségou au Mali.**Cervico-facial and thoracic cellulitis in a disadvantaged environment in Ségou, Mali.**

Fofana A¹, Keita M², Beye SA³, , Doumbia -Singaré K² Drame B M⁵, Timbo S K², Diallo BK⁴, Ag Mohamed A²

¹Service d'ORL et CCF. Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Mali.

²Service d'ORL et CCF. Centre hospitalo- universitaire Gabriel Touré de Bamako-Mali

³Service d'anesthésie réanimation. Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Mali

⁴Service d'ORL et CCF. Centre hospitalo universitaire Albert Royer de Fann de Dakar-Sénégal.

⁵Service de chirurgie maxillo faciale hôpital Nianankoro Fomba de Segou, Mali.

Auteur correspondant : Dr Aminata Fofana. Service ORL et CCF Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou-Mali. Email : aminata4@yahoo.fr

Résumé

La cellulite cervico-faciale et thoracique est une diffusion cellulaire d'un foyer infectieux vers les tissus cellulo-adipeux. L'objectif de ce travail était de passer en revue la prise en charge de cette affection, de décrire d' notre expérience de la prise en charge des cellulites et d'identifier les facteurs favorisants. Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive d'octobre 2015 à Mars 2016 au Centre Hospitalier Nianankoro Fomba de Ségou. Elle a concerné 09 patients, 05 hommes pour 04 femmes. La porte d'entrée était essentiellement dentaire. Nous avons noté 02 cas de grossesse associés à la cellulite. Nous avons noté une nécrose cervicale et thoracique dans 6 cas et une tuméfaction cervicale dans 03 cas. Le traitement était médical avec une antibiothérapie et chirurgical dans tous les cas. Le traitement chirurgical a constitué à un débridement - excision des tissus nécrosés et lavage abondant à l'eau oxygénée et au Dakin avec un multiple drainage. Un drainage thoracique était réalisé chez 3 patients. L'évolution était favorable dans 7cas avec une guérison complète et 2 cas de décès dans un tableau de mort subite. La cellulite cervico-faciale est une pathologie grave du sujet jeune pouvant mettre en jeu le pronostic vital en absence d'une prise en charge rapide et adaptée et pluridisciplinaire.

Mots clés : Cellulite cervicale, nécrose étendue, origine dentaire, hôpital de Ségou.

Summary

Cervico-facial and thoracic cellulitis is a cellular diffusion from an infectious focus to cellulo-adipose tissues. The objective of this work was to review the management of this condition, to describe the descriptive study of the factors favoring it, to describe our experience of cellulite management and to identify the factors favoring it. Prognostic factors. This was a retrospective and descriptive study from October 2015 to March 2016 at the Ccentre Hhospitalier Nianankoro Fomba de Ségou. It involved 09 patients, 05 men for 4 women. The front door was essentially dental. We noticed 02 pregnancy cases associated with cellulite. We observed cervical and thoracic necrosis in 6 cases and cervical swelling in 03 cases. Cervical swelling in 03 cases. (Review title of study) The treatment was medical based on a triple with antibiotic and surgical treatment in all cases. The surgical treatment consisted of debridement - excision of the necrotic tissues and abundant washing with hydrogen peroxide and Dakin with a multiple drainage. Thoracic drainage was performed in 3 patients. The progression was favorable in 7 cases with complete cure and 2 cases of death in a sudden death chart.

Mediastinitis. Cervico-facial cellulitis is a serious pathology of the young subject that can be life-threatening in the absence of a fast and adapted and multidisciplinary care.

Key words: Cervical cellulitis, extensive necrosis, dental origin, Hôpital de Ségou.

Introduction

La cellulite cervico-faciale est une diffusion cellulaire d'un foyer infectieux vers les tissus cellulo-adipeux. Elle touche préférentiellement les tissus mous sous-cutanés de la face et du cou. [11, 13]. Elle constitue un problème de santé publique avec une morbi-mortalité élevée. Les populations défavorisées avec une mauvaise hygiène bucco-dentaire sont les plus exposées. Sa prévalence est plus élevée chez les adultes jeunes 16-35ans (81%) de sexe masculin. [6] La porte d'entrée est le plus souvent dentaire, mais aussi pharyngée. Il s'agit d'une affection grave avec une tendance à l'extension rapide et pouvant mettre en jeu le pronostic vital à court et moyen terme. En absence de thérapeutique, l'évolution se fait vers une atteinte du médiastin et un sepsis sévère. [1, 9, 12]. L'infection est en générale polymicrobienne associant des germes aérobies et anaérobies. [9, 13]. Cette étude est initiée pour passer en revue la prise en charge de cette affection méconnue auprès des praticiens, décrire notre expérience, et citer les facteurs favorisants.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive d'octobre 2015 à mars 2016 au Centre Hospitalier Nianankoro Fomba de Ségou. Elle a concerné les patients qui ont été admis pour une cellulite cervico-faciale et thoracique (Revoir le titre de l'étude) quelque soit son origine au service d'ORL et CCF. Les patients traités en ambulatoire étaient exclus. Le bilan biologique était une numération formule sanguine, une glycémie, la sérologie rétrovirale, et une radiographie thoracique de face. L'antibiothérapie probabiliste était

à base de 2 schémas thérapeutiques d'antibiotique à savoir la gentamycine 160mg (3mg/kg) par jour associée à la penicilline G 8 millions 2 fois par jour et au métronidazole 500mg 2 fois par jour. Le deuxième schéma était l'amoxicilline-acide clavulanique 1g 2 fois par jour associé au métronidazole en attendant les résultats de l'antibiogramme. La collecte était faite de la façon suivante : nous avons procédé à une analyse de contenu des dossiers et transcrits ces informations sur la fiche d'enquête élaborée pour la circonstance. Les paramètres de l'étude étaient l'âge, le sexe, les signes cliniques, le traitement médical et chirurgical.

Résultats

Durant la période d'étude, 9 cas de cellulite cervico-faciale et thoracique étaient admis pour un total d'admission de 20 patients hospitalisés soit 45%. L'âge moyen de nos patients était de 30 ans avec des extrêmes de 2 et 42 ans. On notait une prédominance masculine avec 5 hommes pour 4 femmes. La porte d'entrée était dentaire dans 8 cas avec une mauvaise hygiène bucco dentaire et pharyngée dans un cas avec un antécédent de rhinopharyngite compliqué d'adénophlegmon cervical ; Les patients provenaient du milieu défavorisé avec une consultation chez le tradipraticien dans tous les cas. La prise d'anti inflammatoire non stéroïdien était retrouvée dans tous les cas. L'anti-inflammatoire était prescrit par un personnel soignant dans 4 cas associé à une antibiothérapie et seul par automédication chez 5 malades. Dans deux cas une grossesse était associée à la pathologie. La recherche de tares associées (VIH, diabète) était négative.



Figure 1 : nécrose de la région sous menton-maxillaire avant et après excision

Le délai moyen de prise en charge était de 3 semaines avec des extrêmes de 1 et 4 semaines.

La consultation était motivée par une nécrose dans 6 cas (66,66%) et une tuméfaction cervicale dans 3 cas (33,33%). La nécrose était cervicale et thoracique dans 4 cas (44,44%) figure 5, sous mento-mandibulaire dans 1 cas (11,11%) Figure 1 et faciale dans 1 cas (11,11%). Elle était associée à une dysphagie et un trismus dans tous les cas. Deux patients présentaient une dyspnée (Figure 2). La tuméfaction cervicale était associée à une

induration jugale dans 1 cas avec fistulisation en regard de la branche montante de la mandibule (figure 3). Une radiographique faite a objectivé une image radioclaire en regard de la 36 associée à une image d'os muté allant de la 36 à la 47. (figure 4). Cette radiographie a permis de confirmer le diagnostique d'une ostéite de la mandibule à l'origine de la cellulite. L'examen clinique a permis de retrouver une mobilité dentaire des dents sus citées. Une altération de l'état général, une déshydratation et une fièvre non quantifiée étaient notées dans tous les cas.



Figure 2 : tuméfaction cervicale inflammatoire.



Figure 3 : tuméfaction jugale fistulisée.



Figure 4 : radiographie panoramique dentaire



Figure 5 : Nécrose cervico-faciale

La radiographie thorax de face a objectivé une pleurésie de grande abondance dans 3 cas. Elle était localisée à gauche dans 2 cas (22,22% et à droite dans 1 cas (22,22%). A la biologie on notait une hyperleucocytose chez tous les patients et une sérologie rétrovirale négative. Il a été faite une étude bactériologique du pus dans tous les cas, mais elle n'a pas pu isoler de germe dans aucun cas. L'antibiothérapie a été probabiliste et adaptée en fonction du résultat clinique, de l'évolution de la plaie et à la surveillance de la courbe de température. Le traitement était chirurgical dans tous les cas. Il a constitué à une incision drainage avec mise en place de drains dans 3 cas et un débridement excision des tissus nécrosés et lavage

abondant à l'eau oxygénée et au Dakin avec un multiple drainage aux doigts de gant dans 6cas. Un drainage thoracique était réalisé chez 3 patients. Figure 8. La chirurgie était mutilante dans 5 cas. Dans ces cas le pansement était dirigé à base de miel. La durée en moyenne de ces pansements était de 3 mois avec des extrêmes allant de 2 à 5 mois. (Figure 6).L'antibiothérapie a été instituée en urgence tous les cas couplée à une réanimation avant la chirurgie, elle a constitué à une double antibiothérapie à base d'une association amoxicilline + acide clavulanique associé au metronidazole ou une association faite de la pénicilline G, de la gentamycine et du métronidazole.



Figure : 6 cellulite cervico-thoracique après excision de tissus nécrotiques.

L'évolution était favorable dans 7 cas avec une guérison complète. Deux patients sont décédés en post opératoire dont un en post opératoire immédiat dans un tableau probable de médiastinite. Le second décès est survenu 4 jours après la chirurgie (Figure 7).

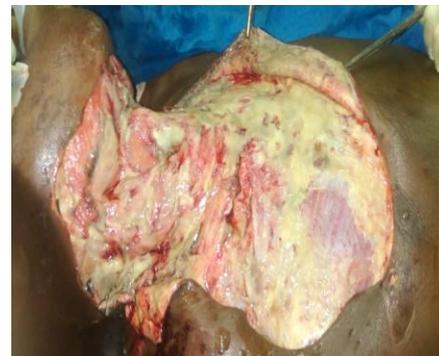


Figure 7: nécrose avant et après excision



Figure 8 : Pleurésie purulente gauche de grande abondance

Discussion

La cellulite cervico-faciale est une affection grave qui peut se voir à tout âge, mais la fréquence semble plus élevée dans la classe d'âge de 20 à 40 ans. La prédominance masculine est retrouvée par plusieurs auteurs [1,4-7,13]. Dans notre série, l'âge moyen était de 30 ans avec une prédominance masculine. Son diagnostic est clinique et basé sur l'association d'un état infectieux et des signes physiques. La tuméfaction est inflammatoire, douloureuse et quasi constante et est retrouvée dans la littérature [4, 7]. Elle est très fréquemment associée à un trismus et à une odynophagie ou à une dysphagie [4, 5, 9, 13]. La mauvaise hygiène buccale, la grossesse, le déficit immunitaire congénital ou acquis, les tares telles que le diabète et de la prise des anti-inflammatoires sont les facteurs favorisant de sa survenue. [1,2,5,7-9,11,13]. Les anti inflammatoires non stéroïdiens favoriseraient une accélération de la maladie avec une flambée infectieuse [2-5,7,9,10,12,13]. Pour cela, ils sont contre indiqués devant une cellulite. Dans la pratique ces médicaments sont d'accès facile au Mali à cause de la vente libre des anti-inflammatoires dans les pharmacies et le système des pharmacies par terre qui est un marché noir où on vend les médicaments. Ils étaient utilisés chez tous les patients dans notre série. Hors ces derniers méconnaissent ces effets. Cette situation a contribué à la gravité du tableau clinique. Le tabagisme et la mauvaise hygiène bucco-dentaire sont des facteurs de risque potentiel de survenue des cellulites. Dans notre série 67% avaient des tartres dentaires, cependant nous n'avons pas retrouvé de notion de tabagisme dans 6 cas (66,66%) sur 8. Bensouda et al [13] avaient retrouvé une mauvaise hygiène bucco-dentaire chez 72% des malades. Dans la littérature, la grossesse semble être en rapport avec la survenue de cette

affection. Ainsi, Doumbia et al ont rapporté 10 cas au cours de la grossesse [8]. Chez une femme enceinte nous avons noté une tuméfaction inflammatoire avec une fistulisation au niveau jugale. La radiographie panoramique des maxillaires faite a permis de poser le diagnostic d'une ostéite de la mandibule qui serait à l'origine de la cellulite. La patiente a été secondairement orientée en consultation maxillo-faciale. Si le diabète et l'immunodépression sont identifiés comme des facteurs de risque de cellulite, nous n'avons pas retrouvé ces affections chez nos patients. L'aspect nécrotique est en général consécutive à une prise en charge tardive, du fait du recours aux « tradithérapeutes ou tradipraticiens » et de l'itinéraire thérapeutique des patients. La fumigation est une pratique assez courante au Mali, elle consiste en une brûlure de la peau avec la vapeur, aggravant ainsi l'état infectieux existant. Cette situation était retrouvée dans 66,66% des cas dans notre série. En milieu rural, les tradithérapeutes sont en général les premiers recours des malades dans notre contexte. L'hôpital ne constitue que le dernier recours quand tous les voies et moyens ont débouchés sur un échec thérapeutique. Dans tous les cas de nécroses les patients ont mis leur maladie dans un contexte d'envoûtement mystique. Cette croyance mystique qui est à la base d'un retard de consultation dans les structures hospitalières. L'origine de la cellulite étant bactérienne, il est nécessaire d'isoler le germe en cause en vue de réadapter une antibiothérapie probabiliste instituée dès le contact avec le patient. Au cours de notre étude, les prélèvements bactériologiques n'ont pas permis d'isoler le germe en cause. Ceci est certainement en rapport avec l'insuffisance du plateau technique du laboratoire mais aussi de l'antibiothérapie instituée avant l'hospitalisation. Nous avons dans notre

cas réadaptés l'antibiothérapie à l'état du patient, à l'évolution clinique de la plaie et la courbe de température. La tomodensitométrie est l'examen clé pour évaluer le retentissement sur les organes de voisinage [3,16]. Notre plateau technique ne nous a pas permis de réaliser la tomodensitométrie chez nos patients pour évaluer les complications locorégionales (). L'atteinte médiastinale est la complication la plus redoutable pouvant mettre en jeu le pronostic vital à court terme [1,16]. L'atteinte médiastinale se fait le long des aponévroses cervicales à travers les trois principaux espaces anatomiques que sont l'espace rétro pharyngé, la gouttière vasculaire et l'espace pré trachéal [1, 3, 9, 11, 13]. Pour cela la TDM doit être réalisée dans un bref délai [1]. Elle donne la cartographie précise de l'infection. Notre structure ne disposant pas de TDM, la radiographie du thorax était réalisée chez tous les patients. Elle a objectivé une pleurésie purulente dans 3 cas. Le traitement de la cellulite est une urgence médicochirurgicale, basée sur l'antibiothérapie associée au monitoring du patient en fonction du retentissement général. A ce titre, elle nécessite une collaboration pluridisciplinaire, impliquant radiologue, bactériologiste, anesthésiste-réanimateur, chirurgien ORL et thoracique [11]. Dans notre contexte, les patients ont bénéficié d'une mise en condition en réanimation avant la chirurgie. La réanimation consistait à la correction des détresses vitales et à la prévention des désordres hydroélectrolytiques et nutritionnels. Au plan de l'antibiothérapie, nous l'avons initié de façon probabiliste et l'adaptée en fonction de l'évolution clinique, faute de preuve bactériologique. La plupart des auteurs recommandent la bithérapie voire la trithérapie pour traiter la cellulite [1,3-7,9-11,13]. Pour cela, les antibiotiques utilisés dans la sphère odontostomatologie sont les béta-

lactamines, les aminosides, les dérivés imidazolés et les macrolides [9, 10,11, 13]. Nous avons prescrit en première intention l'association amoxicilline- acide clavulanique + du metronidazole par voie parentérale. Cependant, compte tenu des difficultés financières des patients et du coût jugé trop élevé, nous avons optés pour une triantibiothérapie à base de penicilline G +gentamicine + metronidazole en alternative. L'attitude chirurgicale dans notre série était conforme à celle utilisée par d'autres auteurs [2,13, 15, 16]. Dans les cas de nécrose cervico-thoracique avec mutilation importante, le pansement a été fait de façon quotidienne à base de miel. Pour ces cas, la cicatrisation a été longue, en moyenne de 2 mois [1- 5 mois]. L'activité antibactérienne du miel est l'action du peroxyde d'hydrogène qui lui est produit par la glucose-oxydase du miel. Cet acide gluconique accroît l'acidité du miel et le rend peu favorable au développement de colonies bactériennes. Ce peroxyde d'hydrogène est un véritable stimulus à l'évolution de l'inflammation normale de la cicatrisation. Il stimule également le développement d'une néovascularisation dans le tissu cicatriciel. [17].Le pronostic est lié au nombre d'espaces anatomiques atteints, à l'éventuelle atteinte du médiastin, à la notion d'aggravation rapide, à l'existence d'un sepsis sévère [11]. Dans notre série, l'évolution était favorable avec guérison sans complication, ni séquelle dans 6 cas et deux patients sont décédés en post opératoire. La cause probable des décès semble être l'atteinte médiastinale probable chez un patient et la mort subite chez l'autre (dans un contexte de pleurésie drainée). Pour plusieurs auteurs africains, l'atteinte médiastinale est la cause de décès chez les patients atteints de cellulite cervico-faciale et thoracique [6, 15, 16].

Conclusion

La cellulite cervico-faciale et thoracique est une pathologie grave de plus en plus fréquente du sujet jeune au pouvoir économique bas. Le point de départ est une infection consécutive à une mauvaise hygiène buccodentaire et aggravée par l'utilisation abusive des anti-inflammatoires. Elle met en jeu le pronostic vital du patient, du fait du retard diagnostic et de l'absence d'une prise en charge adaptée et pluridisciplinaire. Les formes nécrosantes sont graves avec une morbi-mortalité élevée. Il faut relever le plateau technique pour une prise en charge efficiente à Ségou et encourager la promotion du recours précoce aux soins dans les structures de santé.

Bibliographie

- 1- Dubernard C, Bellanger S, Chambon G. Cellulite d'origine dentaire engageant le pronostic vital à propos d'un cas. *Médecine buccale chirurgie buccale* 2009; 15(3):120.
- 2- Togo S, Yena S, Ouattara MA. Cellulite nécrosante descendante infectieuse d'origine dentaire à diffusion mammaire: analyse de 2 cas. *Revue malienne d'infectiologie et de microbiologie* 2016 ; 7 : 8-12.
- 3- Razafimanjato NNM, Raelijaona L, Rasaomampianina LE. Mediastinite compliquant une cellulite cervicale d'origine, à propos d'un cas et revue de la littérature. *Revue d'anesthésie-réanimation et de médecine d'urgence* 2012 ;4(1):20-2.
- 4- Njifou Njimah A, Essama L, Kouatou E.A. Cellulites cervico-faciale en milieu hospitalier camerounais. *Health Sci.Dis* 2014 ; 15(1) : 1-4.
- 5- S. Benzarti, A. Mardassi,R.Ben Mhamet. Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire à propos de 150 cas. *Journal Tunisien ORL* 2007;19:24-8.
- 6- Keita M, Doumbia K, Diango D. La cellulite cervicale extensive en milieu hospitalier sub-sahélien. Une pathologie oubliée ? Cas du Mali. *Med Afri Noire* 2008 ; 5509 : 464-70.
- 7- Rouadi S, Ouaisi L, El Khiati R. Les cellulites cervico-faciales à propos de 130 cas, *Pan Afr medis J* 2013;14:88.
- 8- Doumdia- Singaré K, Timbo SK, Keita M. Cellulite cervico-faciale au cours de la grossesse à propos d'une série de 10 cas au Mali. *Bull Soc Pathol Exot* 2014;107:312-6.
- 9- Sonheyla AM, Zoheir BM, Djamel ZK. Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine dentaire. Université Abou Bekr Belkaid, faculté de médecine Dr B Benzerdjed-Tlemcen 2013-2014.
- 10- Khazana M, Karim H, Benyahya I. Prescription médicamenteuse en pathologie et chirurgie bucco-dentaire : « la prescription des antibiotiques ». *Le courrier du dentiste, le portail dentaire francophone. Dossiers du 15 Décembre* 2000;15:14.
- 11- Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire. Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé. Recommandations Juillet 2011 (www.mbcd-journal.org)
- 12- J.P.Blanca, R.Kania,E Sauvaget . Prise en charge des cellulites cervico-faciales en réanimation. *Société de réanimation de langue française* 2010;19:297-303.
- 13- Bensouda S, Benyahya I, Msefer S. Les cellulites d'origine dantaire chez l'enfant. ». *Le courrier du*

- dentiste, le portail dentaire francophone. Dossier du 15 avril 2001 ;14:10.
- 14- Doumbia- Singaré K, Timbo S K, Ouattara M A. Mediastinite compliquant une cellulite cervicale. A propos de 8 cas observés dans le service ORL du CHU Gabriel Toure de Bamako. Mali médical 2015;2:49-52.
- 15- Diallo A. Les cellulites cervico-faciales d'origine bucco-dentaire : aspect épidémiologique, clinique et thérapeutique au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo (à propos de 127 cas). Université d'Ouagadougou section médecine thèse N°001. 2003-2004.
- 16- Togo S. Ouattara MA. Saye J. Les cellulites cervico-faciales nécrosantes d'origine dentaire dans un pays en voie de développement. Rev Mal Resp 2016;33:8
- 17- Descottes B. La cicatrisation par le miel : l'expérience de 25 années. . Phytothérapie 2009 ; 7 :112-6.