

République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique



UNIVERSITE KASDI MERBAH OUARGLA

Faculté de Médecine



## Profil épidémiologique des cellulites cervico-faciales à l'EPH OUARGLA.

Mémoire de fin d'études pour l'obtention du doctorat en médecine

Présenté par :

SAHRAOUI IMANE

Encadré par :

Dr. NAAMANI AICHA SALAM

Maître-Assistante en ORL

Devant le jury composé de :

Pr. Messaoudi	Président	Maître de conférence B en ORL
Dr. Bahouli	Examineur	Maître-Assistant en Chirurgie maxilo-faciale
Dr. Lati	Examineur	Maître-Assistante en maladie infectieuse

Année Universitaire

2021-2022



République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique



UNIVERSITE KASDI MERBAH OUARGLA

Faculté de Médecine



## Profil épidémiologique des cellulites cervico-faciales à l'EPH OUARGLA.

Mémoire de fin d'études pour l'obtention du doctorat en médecine

Présenté par :

SAHRAOUI IMANE

Encadré par :

Dr. NAAMANI AICHA SALAM

Maître-Assistante en ORL

Devant le jury composé de :

Pr. Messaoudi	Président	Maître de conférence B en ORL
Dr. Bahouli	Examineur	Maître-Assistant en Chirurgie maxilo-faciale
Dr. Lati	Examineur	Maître-Assistante en maladie infectieuse

Année Universitaire

2021-2022





## REMERCIEMENTS

A Allah tout puissant créateur de tout, possesseur de tout, souverain de tout, de qui tout provient et vers qui tout retourne. Merci de m'avoir guidé en m'accordant la force, le courage et la santé ainsi que la volonté durant toutes ces longues études afin de mener à bien ce modeste mémoire, je vous dois ce que je suis devenue.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mon encadreur Dr NAAMANI AICHA SALAM (maitre-assistante en ORL à l'EPH Mohamed Boudiaf OUARGLA). Je ne vous remercierais jamais assez pour tous ce que vous avez fait en me rendant la personne que je suis, c'était un immense privilège d'être sous votre supervision et j'étais très touchée par l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de me confier ce travail et très fière d'avoir appris autant auprès de vous. Je vous suis très reconnaissante pour tout le temps et les sacrifices que vous avez dû faire aux dépens de toutes vos obligations, ainsi que vos encouragements inlassables, vos conseils judicieux, et vos remarques hors-pairs, comme dit le proverbe « un mot d'encouragement lors d'un échec vaut plus qu'une heure de loge après un succès » et au-delà de ça c'est la personne que vous êtes qui m'insiste à m'améliorer. Je vous remercie encore pour la confiance que vous avez bien voulu m'accorder.

Au membre de jury

A notre maitre et président de jury monsieur le Dr Messaoudi Karim maitre de conférences B en ORL. Je suis très sensible au grand honneur que vous me fait en acceptant avec bienveillance de présider ce jury. Votre sérieux, votre compétence et votre sens du devoir m'ont énormément marqué.

À NOTRE MAITRE et membre de jury monsieur le Dr Bahouli maitre-assistant en chirurgie maxillo-faciale, malgré vos multiples occupations vous me fait honneur en acceptant de participer à ce jury.

À notre maitre et membre de jury Dr Lati Ibtissem maitre-assistante en maladie infectieuse. J'ai eu la chance de figurer parmi vos élèves et de bénéficier de votre



remarquable qualité d'enseignement. C'est pour moi un immense plaisir de vous voir siéger parmi notre honorable jury.

Un spécial remerciement à Dr Soualhi Islem assistant en réa-anesthésie pour son aide précieuse. merci pour votre encouragement et votre soutien quand j'en avais besoin... ces mots ne sauraient suffire pour exprimer l'immense reconnaissance et le profond respect pour tout ce que vous m'avais fait.

Aux professeurs et docteurs, qui continuent toujours de donner l'exemple à travers leur modestie, leur altruisme et auprès desquels j'ai tant appris : Pr Chehema, Pr Bouaziz, Pr Bradai, Dr Nouicer, Dr Boukhris ... je tiens à vous remercier pour le soutien et la compréhension dont vous avez fait preuve à notre égard tout au long de notre cursus universitaire.

Je remercie l'ensemble de corps administratif et technique de ma jeune faculté de médecine de l'université Kasdi Merbah Ouargla.

A tous mes maitres merci pour les sacrifices et les efforts déployés pour nous assurer une formation optimale.

Sans oublier l'ensemble du personnel médical de l'hôpital où et avec qui j'avais l'immense plaisir de partager des moments inoubliables à mon stage d'internat en précisant (Dr. Benbakai, Dr. Zaioua, Dr. Mazouzi , Dr. Nouicer, Dr. Benhassen, et Dr. Souigat) qui m'ont enrichis par leur expérience incontournable, immense sagesse et surtout par la base de toute véritable grandeur qui est leur « modestie de donner sans attendre d'avoir en retour » merci pour votre supervision et surtout votre bienveillance.

A mes confrères (Drs Hamadi Omar Elfarouk et Tidjani Ramadane) je ne trouve pas les mots justes et sincères pour vous exprimer ma gratitude. Et mes remerciements pour vos contributions de réaliser mon travail. Je vous remercie pour l'aide et le soutien que vous m'avez apporté et je vous souhaite une vie pleine de sante et de bonheur.

Mes collègues de promos (surtout Drs Farsi Amira, Kouadri Nafissa, Mehalli Fadia, Bellabaci Dounia sans omettre Mlle Khelifi Imane) , ensemble à notre tour nous avons fait l'exception de ne pas abandonner notre jeune faculté et nous sommes restées solidaires glorieusement et à aucun moment nous avons pensé la quitter vers d'autres



universités et nous avons continué notre chemin encadrés par nos maitres qui ont fait preuve de responsabilité de faire avancer et réussir notre faculté et de la mettre dans le bon chemin.

Et A tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à l'élaboration de ce travail et que j'ai omis, je présente le remerciement le plus chaleureux.



## DEDICACES

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut. Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance... Aussi, c'est tout simplement que je dédie cette thèse à ...

A mes chers parents qui attendaient avec patience le fruit de leurs bonnes éducations et de leurs dévouements ; surtout durant ce long parcours scolaire y compris certainement celui de mon cursus médical, je ne pourrais jamais exprimer l'amour que j'ai pour vous, ni la gratitude et ma reconnaissance envers les innombrables et immenses sacrifices que vous avez déployée pour mon éducation et bon être. Vos amours, vos générosités extrêmes ainsi que vos soutiens sont sans limites. Aujourd'hui, je dépose entre vos mains ce travail qui représente le si peu avec lequel je pourrai vous remercier. Vos prières ont été pour moi, d'un grand soutien. Qu'Allah vous offre une longue vie afin que je puisse à mon tour vous combler.

A mes frères et mes sœurs, vos affections ainsi que vos soutiens moral et matériel ont été d'une importance capitale pour moi tout au long de mes études et vos encouragements ont été d'un grand réconfort. L'amour fraternel que je vous porte est sans égal. Les mots ne sauraient exprimer l'éternelle affection que j'ai pour vous et ma gratitude. Que Allah vous offre le bonheur et vous protège de tout sorte de mal.

A mes neveux et nièces avoir un neveu/une nièce est le plus beau cadeau qu'un frère /sœur puisse vous faire. Vous êtes la joie de la famille. Je souhaite que le tout puissant guide vos pas vers le bon chemin. Je vous aime.

A la mémoire de mes grandes parents, aucun mot ne pourra exprimer ma grande tristesse en vos absence. J'aurai aimé que vous soyez à mes côtés ce jour... Mais le destin en a décidé autrement... J'espère que vous êtes fière de moi que vos âmes reposent en paix...

A toute la famille, Aucun langage ne saurait exprimer mon respect et ma considération pour votre soutien et encouragements. Je vous dédie ce travail en reconnaissance de l'amour que vous m'offrez quotidiennement et votre bonté exceptionnelle. Qu'Allah vous garde et vous procure santé et bonheur.





A mes très chères amies (Drs Kheliel Roufaïda, BEKHTI Cheyma, BOUSBIA Ilham, Benbrahime Yasmina) Vous êtes pour moi plus que des amis. Ensemble nous avons enduré les souffrances et les difficultés. Je ne saurais trouver une expression témoignant de ma reconnaissance et des sentiments de fraternité que je vous porte. Vous êtes les meilleures. *Merci d'être toujours restées à mes côtés.* Je vous souhaite une vie pleine de réussite, de santé et de bonheur. Qu'Allah puisse nous unir toujours.

A la famille de l'ELITE (NEMS Ouargla) c'est une grande fierté pour moi d'être parmi vous. Vous étiez ma seconde famille. Et je vous remercie pour la confiance dont vous m'avez fait part.



## TABLE DES MATEIRS

TABLE DES MATEIRS.....	VI
LISTE DES TABLEAUX.....	IX
LISTE DES FIGURES.....	X
LISTE D'ABREVIATION.....	XI
RESUMES.....	XIII
INTRODUCTION.....	2
REVUE DE LA LITTERATURE.....	5
1. Définitions.....	5
2. Rappels anatomiques :.....	5
2.A. La région cervico-faciale :.....	5
2.B. Le médiastin :.....	12
3. Histologie du tissu cellulo-adipeux cervico-facial :.....	13
3.A. Origine :.....	13
3.B. Constitution.....	13
3.C. Localisation [15]:.....	13
4. Physiopathologie.....	15
4.A. Points de départ.....	15
4.B. Les voies de propagation de l'infection.....	16
5. Epidémiologie :.....	17
5.A. Epidémiologie descriptive :.....	17
5.B. Epidémiologie analytique.....	18
6. Microbiologie.....	23
6.A. La flore bactérienne de la cavité buccale :.....	23
6.B. La flore bactérienne en présence d'une cellulite.....	25
7. Présentation clinique :.....	26
7.A. ETUDE CLINIQUE :.....	26
7.B. Examens Complémentaires :.....	27
7.C. L'évolution :.....	30
7.D. Les formes cliniques :.....	30
7.E. Diagnostic positif.....	31
7.F. Diagnostic différentiel :.....	31
7.G. Les complications :.....	32
8. Aspects thérapeutiques :.....	35
8.A. Buts :.....	35
8.B. Principes :.....	36
8.C. Moyens thérapeutiques :.....	36
8.D. Prise en charge médicale.....	36
8.E. Traitement adjuvant :.....	38
8.F. Prise en charge chirurgicale.....	39
MATERIELS ET METHODES.....	43
1. Type d'étude :.....	43
2. Lieu et durée de l'étude :.....	43
2.A. Lieu de l'étude :.....	43
2.B. Durée d'étude :.....	43
3. Population cible :.....	43



3.A. Critères d'inclusion :	43
3.B. Critères d'exclusion :	43
4. Méthodologie :	43
4.A. Recueil des données :	43
4.B. Recherche bibliographique :	44
5. Analyse statistique :	44
6. Aspects éthiques :	44
RESULTATS	46
1. Données épidémiologiques :	46
1.A. Selon le sexe :	46
1.B. Selon les tranches d'âge :	46
1.C. Selon le BMI :	47
1.D. Selon le niveau socioéconomique :	47
1.E. Selon la prise médicamenteuse antérieure :	48
1.F. Selon les facteurs favorisants :	51
1.G. Selon la porte d'entrée :	52
2. Données cliniques :	52
2.A. Délai avant Consultation :	52
2.B. Motif de consultation :	53
2.C. Manifestations cliniques :	53
2.D. Examen Clinique de l'EG :	54
2.E. Examen Clinique cervico facial :	55
2.F. Siège de départ :	56
3. Données Biologiques :	56
3.A. Bilan sanguin :	56
3.B. Bilan Bactériologique :	58
4. Données radiologiques :	59
4.A. La réalisation de la TDM et de l'échographie :	59
4.B. Les résultats de la TDM :	59
4.C. Diagnostic positif (Echographie et/ou TDM) :	61
5. PEC :	62
5.A. Médicale :	62
5.B. Chirurgicale :	63
5.C. La durée d'hospitalisation :	64
DISCUSSION	66
1. Données épidémiologiques :	66
1.A. L'âge :	66
1.B. Le sexe :	66
1.C. Le niveau socio-économique :	67
1.D. Prise médicamenteuse antérieure :	67
1.E. Les facteurs favorisants de la CCF :	68
1.F. La porte d'entrée :	68
1.G. Délai de consultation :	69
1.H. Motif de consultation :	69
1.I. Tableau clinique :	70
1.J. Biologie :	70
1.K. Etude Bactériologique :	71



1.L. Imagerie : .....	71
2. Prise en charge thérapeutique : .....	72
2.A. PEC médicale : .....	72
2.B. PEC chirurgicale : .....	72
3. Les limites : .....	74
4. Recommandation : .....	74
CONCLUSION .....	77
BIBLIOGRAPHIE .....	80
ANNEXES.....	87



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les plans musculaires cervicaux [12] .....	10
Tableau 2 : Les bactéries de la cavité buccale d'après SEBALD A .....	24
Tableau 3 : Les principales bactéries associées au processus cellulitique d'après SANDOR GK .....	25
Tableau 4 : Répartition des cas selon le BMI .....	47
Tableau 5 : Répartition des cas selon leurs niveau socioéconomique .....	47
Tableau 6 : Répartition des cas selon la prise médicamenteuse antérieure .....	48
Tableau 7 : Répartition des cas selon la prise des ATB avant l'admission .....	49
Tableau 8 : Répartition des cas selon le type des ATB pris avant l'admission .....	49
Tableau 9 : Répartition des cas selon de prise des AIS .....	50
Tableau 10 : Répartition des cas selon les facteurs favorisants .....	51
Tableau 11 : Répartition des cas selon le motif de consultation .....	53
Tableau 12 : Répartition des cas selon les manifestations cliniques .....	53
Tableau 13 : Répartition des cas selon la température .....	54
Tableau 14 : Répartition des cas selon la fréquence cardiaque .....	54
Tableau 15 : Répartition des cas selon la tension artérielle .....	55
Tableau 16 : Répartition des cas selon l'examen clinique .....	55
Tableau 17 : Répartition des cas selon le siège de départ .....	56
Tableau 18 : Répartition des cas selon les résultats de la sérologie .....	58
Tableau 19 : Répartition des cas selon la réalisation des prélèvements bactériologiques .....	58
Tableau 20 : Répartition des cas selon l'existence d'un épaissement de la graisse .....	59
Tableau 21 : Répartition des cas selon le diamètre de la collection .....	60
Tableau 22 : Répartition des cas selon l'extension de la cellulite .....	60
Tableau 23 : Répartition des cas selon le traitement corticoïde .....	62
Tableau 24 : Répartition des cas selon la PEC en réanimation .....	63
Tableau 25 : Répartition des cas selon la réalisation de drainage .....	63



## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schémas illustrant l'Anatomie du cou .....	6
Figure 2 : Régions superficielles de la face d'après BRUNATO .....	7
Figure 3 : Les régions du cou d'après BRUNATO .....	8
Figure 4 : Image illustrative de l'Aponévrose cervicale .....	9
Figure 5 : Contenu des fascias cervicaux .....	9
Figure 6 : Une vue ventrale d'une coupe montrant le contenu des fascias du cou.....	9
Figure 7 : Régions du cou représentées sur une dissection.....	11
Figure 8 : Répartition des cas selon le sexe .....	46
Figure 9 : Répartition des cas selon les tranches d'âge .....	46
Figure 10 : Répartition des cas selon la prise des AINS avant l'admission. ....	48
Figure 11 : Répartition des cas selon le respect de prise d'ATB.....	50
Figure 12 : Répartition des cas selon la porte d'entrée.....	52
Figure 13 : Répartition des cas selon le délai de consultation.....	52
Figure 14 : Répartition des cas selon les résultats de FNS.....	56
Figure 15 : Répartition des cas selon les résultats de CRP.....	57
Figure 16 : Répartition des cas selon les résultats de VS.....	57
Figure 17 : Répartition des cas selon la réalisation de la TDM ou d'une échographie. .....	59
Figure 18 : Répartition des cas selon L'existence des ADP au TDM. ....	60
Figure 19 : Répartition des cas selon le diagnostic positif.....	61
Figure 20 : Répartition des cas selon le traitement antibiotique.....	62
Figure 21 : Répartition des cas selon le délai de drainage.....	64
Figure 22. Répartition des cas selon la durée d'hospitalisation.....	64
Figure 23 : tuméfaction cervico-faciale .....	69
Figure 24 : Prélèvement bactériologique d'une collection.....	71

---



## LISTE D'ABREVIATION

ADP R : adénopathie réactionnel  
ADP : adénopathie  
AEG : altération de l'état général  
AINS : anti-inflammatoire non stéroïdiennes  
ATB : antibiotiques  
CCF : cellulite cervico-facial  
CHU : centre hospitalier universitaire.  
CRP : protéine C réactive  
CTC : corticoïdes  
DID : diabète insulino-dépendant  
DNIN : diabète non insulino-dépendant  
EG : état général  
Eph: établissement public hospitalier  
FC : fréquence cardiaque  
HTA : hypertension artérielle  
IgA: immunoglobulines A  
IgG: immunoglobulines G  
IRC : insuffisance rénale chronique  
IRM : Imagerie par résonance magnétique  
IV : intraveineuse  
OMS : organisation mondiale de la sante  
Orl: oto-rhino-laryngologie  
PEC : prise en charge



PNN : polynucléaires neutrophiles

S/AG : sous anesthésie générale

SCM : sterno-cléido-mastoidien

SMAS: systeme musculo-aponevrotiquesuperficiel

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

TA : tension artérielle

TBC : tuberculose

TDM: tomodensitométrie

VIH: virus de l'immunodéficience humaine

VS : vitesse de sédimentation





## RESUMES

Introduction : La cellulite cervico-faciale est une urgence médico-chirurgicale, de progression rapide et fatale en l'absence de diagnostic et de traitement précoces et adéquats. A cet intérêt, notre objective est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales.

Matériels et méthodes : Notre étude prospective descriptive de 07 mois du 12/12/2021 au 12/07/2022 rapporte une série de 25 cas de cellulites cervico-faciales prises en charge au niveau du service d'ORL de l'EPH Mohamed Boudiaf Ouargla.

Résultats : L'étude comportait 10 femmes et 15 hommes dont l'âge varie entre 02ans et 94ans, avec une moyenne de 31ans. La tranche d'âge la plus touchée était entre 16 et 30ans. Les facteurs favorisants étaient nettement présents chez nos patients : mauvais état buccodentaire (76%), immunodépression (36%) et diabète (20%). La porte d'entrée était à 56% dentaire et à 36% pharyngée. 84% des malades ont reçu un traitement avant leur admission (AINS dans 60%). Le délai moyen de consultation était de 11,25 jours. Le motif de consultation était une tuméfaction cervico-faciale douloureuse dans tous les cas, fébrile dans 80%. L'échographie a été faite dans 96%, complété par une TDM chez 36%. 68% ont eu une cellulite collectée, et seulement 08% ont eu une cellulite diffuse. La TDM n'a objectivé aucun cas d'extension médiastinale, mais 16% ont eu une extension aux espaces profonds et 08% une atteinte parotidienne. Les prélèvements bactériologiques ont été faits chez 12% des patients, revenants sans identification du germe en cause.

Tous nos malades ont bénéficié d'une antibiothérapie probabiliste à large spectre, et 72% ont bénéficié d'un drainage chirurgical.

Conclusion : les cellulites cervico-faciales représentent une pathologie assez fréquente et grave, dont même le traitement précoce et bien conduit ne peut garantir l'amélioration certaine du pronostic, il n'en demeure pas moins que le meilleur traitement reste la prévention.

---



## ABSTRACT

**Introduction:** Cervicofacial cellulitis is a medico-surgical emergency, with rapid and fatal progression in the absence of early adequate diagnosis and treatment. For that reason, our objective is to describe the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of cervico-facial cellulitis.

**Materials and methods:** Our prospective descriptive study of 07 months from 12/12/2021 to 07/12/2022 reports a series of 25 cases of cervico-facial cellulitis treated in the ENT service of Mohamed Boudiaf hospital of Ouargla.

**Results:** The study included 10 women and 15 men whose age varies between 02 years and 94 years old, with a mean age of 31 years. The most affected age group was between 16 and 30 years old. Predisposing factors were present in our patients such as poor Oro-dental hygiene (76%), immunodeficiency (36%) and diabetes (20%). The portal of entry was dental in 56% and pharyngeal in 36% of cases. 84% of patients had already received a treatment before admission (NSAIDs in 60%). The average delay of consultation was of 11.25 days. The reason for consultation was painful cervico-facial swelling in all cases, febrile in 80%. Ultrasound was done in 96% of cases, completed in 36% of them by a CT scan. 68% of the cases had a collected cellulitis, and only 08% had diffuse cellulitis. no case of mediastinal extension had been objectified on the CT scan, but 16% had an extension to deep neck spaces and parotid involvement in 08%. Bacteriological samples were taken from 12% of patients, returning without the identification of the causative germ.

All our patients benefited from probabilistic broad-spectrum antibiotic therapy, of which 72% benefited from surgical drainage.

**Conclusion:** cervico-facial cellulitis represents a fairly frequent and serious pathology, of which even a well-conducted early treatment cannot guarantee the improvement of the prognosis, the fact remains, that the best treatment is prevention.

## ملخص

**مقدمة:** التهاب النسيج الخلوي في الرقبة و الوجه هو حالة طبية جراحية استعجالية، مع تدهور سريع وقاتل في غياب التشخيص والعلاج المبكر والملائم. لذلك هدفنا هو وصف الجوانب البوابة والسريية والعلاجية لالتهاب النسيج الخلوي في الرقبة و الوجه.

**المواد والطرق:** تشير دراستنا الوصفية المرتقبة على مدى سبعة أشهر من 2021/12/12 إلى 2022/12/07 إلى سلسلة من 25 حالة من التهاب النسيج الخلوي العنقي والوجهي تم علاجها على مستوى مصلحة الأنف والأذن والحنجرة في مستشفى محمد بوضياف ورقلة.

**النتائج:** اشتملت الدراسة على 10 نساء و 15 رجلاً تتراوح أعمارهم بين 02 و 94 سنة بمتوسط 31 سنة. كانت الفئة العمرية الأكثر إصابة تتراوح بين 16 و 30 سنة. كانت العوامل المساهمة موجودة بوضوح في مرضانا: سوء حالة الفم والأسنان (76٪) ، ضعف المناعة (36٪) ومرض السكري (20٪). كانت الأسنان مدخل الإصابة (20٪) و 36٪ بلعومي. تلقى 84٪ من المرضى العلاج قبل الاستشفاء (60٪ منه مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية). كان متوسط وقت الاستشارة الطبية 11.25 يومًا. كان سبب الاستشارة الطبية تورم مؤلم في الرقبة و الوجه في جميع الحالات ، مع حمى في 80٪. تم إجراء التصوير بالموجات فوق الصوتية في 96٪ ، وكتكلمة تم إجراء التصوير المقطعي في 36٪. في 68٪ كان الإلتهاب مصحوبا بتجمع قيحي ، و 08٪ فقط لديهم التهاب النسيج المنتشر. لم يُظهر التصوير المقطعي أي حالات لتمدد المنصف ، ولكن 16٪ امتدوا إلى مساحات عميقة و 08٪ إصابة في النكفية. تم إجراء الفحوصات الجرثومية عند 12٪ من المرضى ، لكن دون تحديد الجراثيم المعنية.

استفاد جميع مرضانا من العلاج بالمضادات الحيوية واسعة النطاق ، واستفاد 72٪ منهم من العلاج الجراحي.

**الخلاصة:** يمثل التهاب النسيج الخلوي في الرقبة و الوجه مرضًا خطيرًا، ولا يضمن العلاج المبكر والملائم دوما تحسن في حالة المريض ، فتبقى الوقاية أفضل علاج.



---

# INTRODUCTION

---



## INTRODUCTION

Les cellulites cervico-faciales sont des affections inflammatoires polymicrobiennes, développées dans le tissu cellulo-adipeux de la face et du cou [1].

Il existe 2 types de cellulites cervicales : phlegmoneuse et gangréneuse [2].

Il s'agit d'une infection de « contiguïté » ; sévère, parfois nécrosante touchant initialement les fascias puis s'étendant aux tissus avoisinants et surtout au médiastin ; secondaire à une contamination transmuqueuse dont les portes d'entrées sont principalement bucco-dentaires ou pharyngées [3].

Dans la majorité des cas, il s'agit d'infections polymicrobiennes associant des germes aérobies et anaérobies [4].

Elle est fréquente chez l'adulte jeune à prédominance masculine.

Cette pathologie d'apparence banale au départ est une réelle urgence. En effet, les cellulites peuvent mettre en jeu rapidement le pronostic vital du patient, en particulier dans sa forme diffuse grave et gangréneuse [5] [6].

Le diagnostic repose sur la clinique, largement amélioré par l'imagerie et confirmé par l'étude bactériologique et certains examens biologiques.

Le scanner constitue l'examen clé pour conforter le diagnostic positif, apprécier l'extension et le suivi thérapeutique.

L'étude bactériologique tire son importance de l'identification primaire du germe et l'adaptation secondaire du traitement grâce à l'antibiogramme [7] [2].

Le traitement est médico-chirurgical, il repose sur une antibiothérapie probabiliste puis adaptée aux prélèvements microbiologiques et sur un drainage chirurgical parfois large sans oublier le traitement de la porte d'entrée.

La prise en charge des patients doit être rapide et multidisciplinaire.

Le pronostic dépend de plusieurs facteurs notamment le terrain et la rapidité de la prise en charge [8].

A la lumière de ces données, et vu la fréquence de cette pathologie ; on a jugé pertinent de réaliser ce travail afin d'obtenir réaliser nos objectifs :

---



*Objectif principal :*

Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales ; dans le service d'ORL de l'EPH Mohamed Boudiaf Ouargla.

*Objectifs secondaires :*

- Déterminer les facteurs favorisant des cellulites cervicales.
- Décrire les aspects cliniques et paracliniques des cellulites cervicales.
- Analyser notre démarche thérapeutique.
- Identifier les étiologies des cellulites.
- Mettre en garde contre l'utilisation des anti-inflammatoires.



---

# REVUE DE LA LITTERATURE

---

---



## REVUE DE LA LITTÉRATURE

### 1. Définitions

La conférence de consensus de l'an 2000 a classé les cellulites infectieuses selon la structure anatomique de la peau en trois sortes de lésions :

- Cellulites infectieuses superficielles ou dermohypodermes bactériennes non nécrosantes : ce sont des infections extensives de l'épiderme, du derme et de l'hypoderme non nécrosantes.

- Cellulites nécrosantes ou dermohypodermes bactériennes nécrosantes : ce sont des infections extensives en surface et en profondeur avec nécrose du derme et de l'hypoderme, mais sans atteinte de l'aponévrose superficielle.

- Fasciites nécrosantes : ce sont des infections extensives dont la nécrose dépasse l'aponévrose superficielle avec des atteintes plus ou moins profondes des fascias intermusculaires et des muscles.

Les myonécroses et les gangrènes gazeuses entrent dans le cadre des dermohypodermes nécrosantes et des fasciites nécrosantes.

La distinction entre dermohypodermes bactériennes nécrosantes et fasciites nécrosantes reste académique, le diagnostic n'est pas clinique mais chirurgical, il est porté au moment de l'intervention elle-même [8].

### 2. Rappels anatomiques :

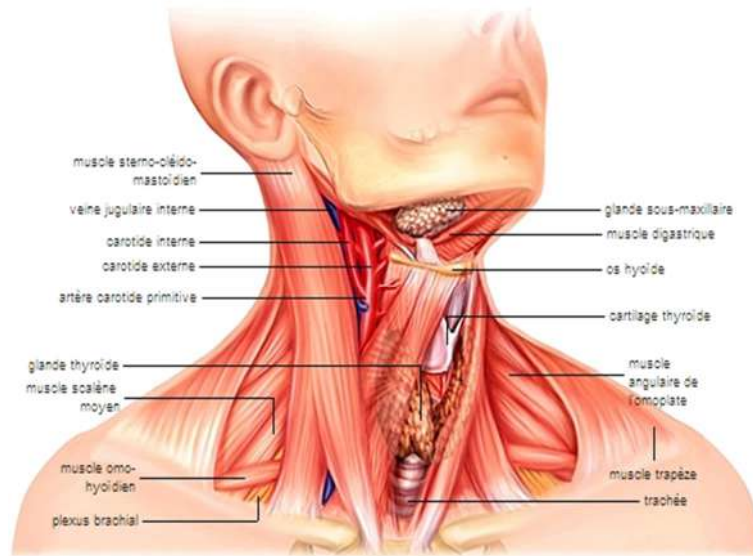
#### 2.A. La région cervico-faciale :

S'étend de la base du crâne au défilé cervico-thoracique. C'est plus particulièrement la partie inférieure de la face qui nous intéresse ici, avec la mandibule, les muscles masticateurs, le plancher buccal et l'oropharynx [9].

La face est la partie de la tête située sous la partie antérieure du crâne.

Le cou débute en région sous-mandibulaire, il peut schématiquement être divisé verticalement en deux parties par l'os hyoïde : les régions supra- et infra hyoïdienne [9].





*Figure 1 : Schémas illustrant l'Anatomie du cou*

a. La face comporte :

La région massétérine

La région zygomatique

La région orbitaire

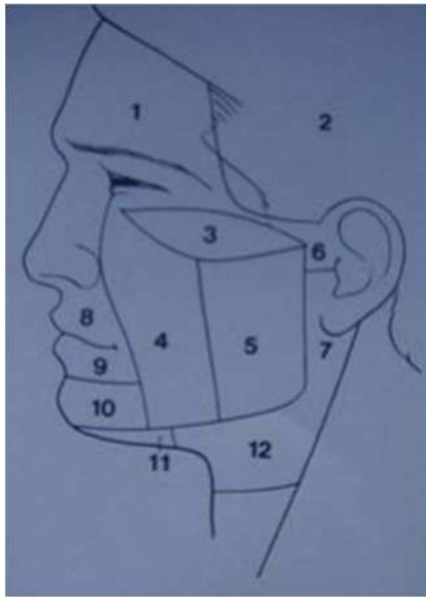
La région nasale et labiale supérieure

La région palatine

La région temporale

Région génienne

Le plancher buccal



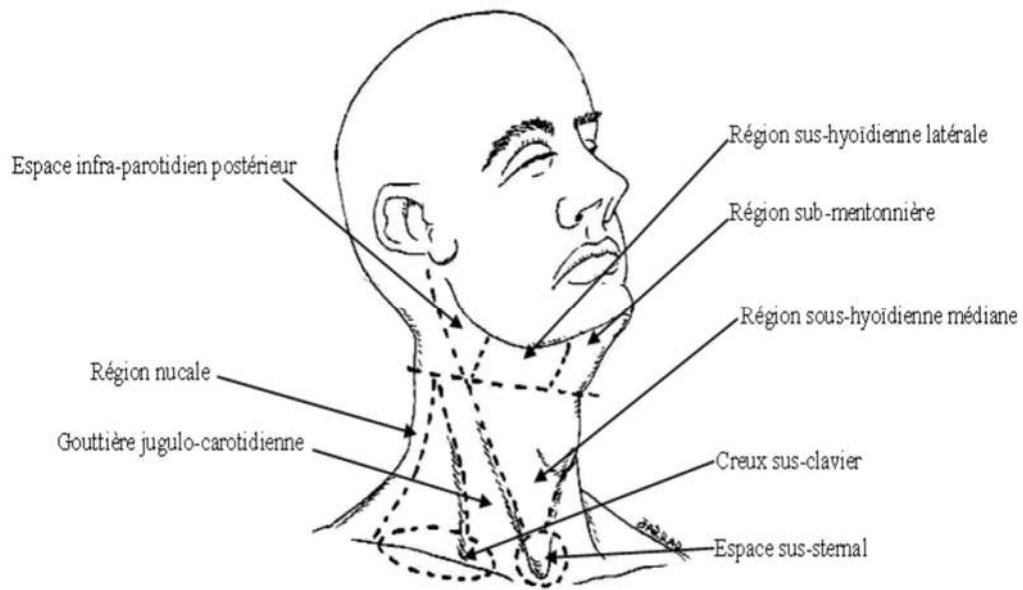
Régions superficielles de la face d'après BRUNATO

- |                               |                              |
|-------------------------------|------------------------------|
| 1-Région frontale             | 7- Région parotidienne       |
| 2-Région temporale            | 8- Région labiale supérieur  |
| 3-Région malaire              | 9- Région labiale inférieure |
| 4-Région genienn              | 10- Région mentonnière       |
| 5-Région masseterine          | 11- Région sous mentale      |
| 6-Région temporo-mandibulaire |                              |
| 12- Région sous mandibulaire  |                              |

Figure 2 : Régions superficielles de la face d'après BRUNATO

b. Le cou comporte neuf espaces [9]:

- Espace parapharyngé
- Plancher buccal
- Espace rétro-pharyngé et prévertébral
- Espace sous-mandibulaire
- Espace masticateur
- Espace parotidien
- Espace carotidien
- Espace viscéral antérieur



*Figure 3 : Les régions du cou d'après BRUNATO*

Le système aponévrotique local comprend deux unités : l'aponévrose superficielle et l'aponévrose profonde [9].

L'aponévrose superficielle, comprenant notamment le système musculo-aponévrotique superficiel (SMAS), s'étend de l'épicrâne au thorax.

L'aponévrose profonde, elle, est divisée en trois couches : superficielle, moyenne (entourant les muscles sous-hyoïdiens) et profonde (prévertébral).

C'est le long de l'aponévrose cervicale profonde que diffuse la cellulite [9].

Face à la multiplicité des descriptions anatomiques, retenons la systématisation la plus simple et la plus pratique possible, que ce soit pour l'analyse radiologique ou pour le traitement chirurgical.

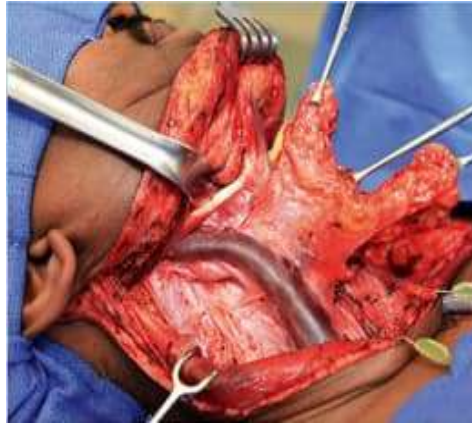
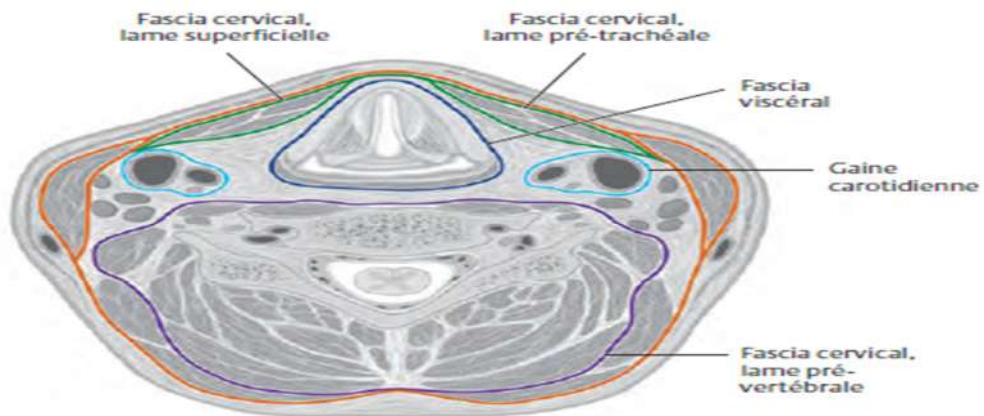


Figure 4 : Image illustrative de l'Aponévrose cervicale



**D Contenu des fascias cervicaux : coupe axiale à la hauteur de la 5<sup>e</sup> vertèbre cervicale**

C'est sur une coupe axiale que l'on reconnaît le mieux l'extension des fascias cervicaux :

- Les fascias musculaires se divisent en trois lames :
  - Lame superficielle (en orange),
  - Lame pré-trachéale (en vert) et
  - Lame pré-vertébrale (en violet) ;
- Il existe en plus un fascia vasculaire : gaine carotidienne (en bleu clair) et
- Un fascia viscéral (en bleu foncé).

Figure 5 : Contenu des fascias cervicaux

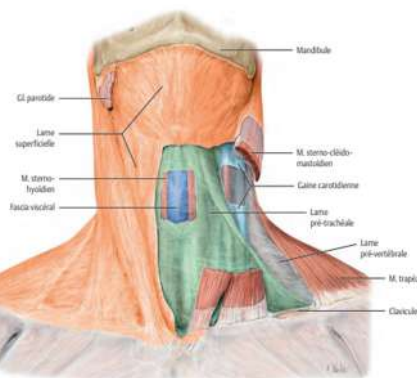


Figure 6 : Une vue ventrale d'une coupe montrant le contenu des fascias du cou



Le plan musculaire :

*Tableau 1 : Les plans musculaires cervicaux [12]*

<i>Muscle</i>	<i>Origine</i>	<i>Trajet</i>	<i>Terminaison</i>
Mylo-hyoïdien	Il naît sur un raphé tendu de la symphyse mentonnière en avant jusqu'à l'os hyoïde débordant sur son bord inférieur en arrière.	Il suit un trajet oblique vers le haut et l'extérieur.	Il s'insère sur la face médiale de la mandibule le long d'une ligne partant du bas de la symphyse mentonnière en avant et s'achevant au niveau de la dernière molaire en arrière.
Le muscle Hyoglosse	Il naît sur toute la longueur de la face supérieure de la grande corne de l'os hyoïde.	Il se dirige en haut et en avant de chaque côté de la langue.	Il s'achève dans la paroi de la langue entre le muscle stylo-glosse en dehors et le muscle longitudinal supérieur en dedans.
Stylo-hyoïdien	Il naît de la face postéro-latérale de l'apophyse styloïde de l'os temporal.	La direction du muscle est oblique en avant, en bas et en dehors.	Il s'insère sur le corps de l'os hyoïde. Son innervation est assurée par le nerf facial.
Le muscle Digastrique	L'incisure mastoïdienne située en dedans de la base du processus mastoïde.	Il part de l'incisure mastoïdienne, se porte en avant, en bas et un peu en dedans	Elle se fait dans la fosse digastrique située à la face médiale du corps de la mandibule près de la ligne médiane.

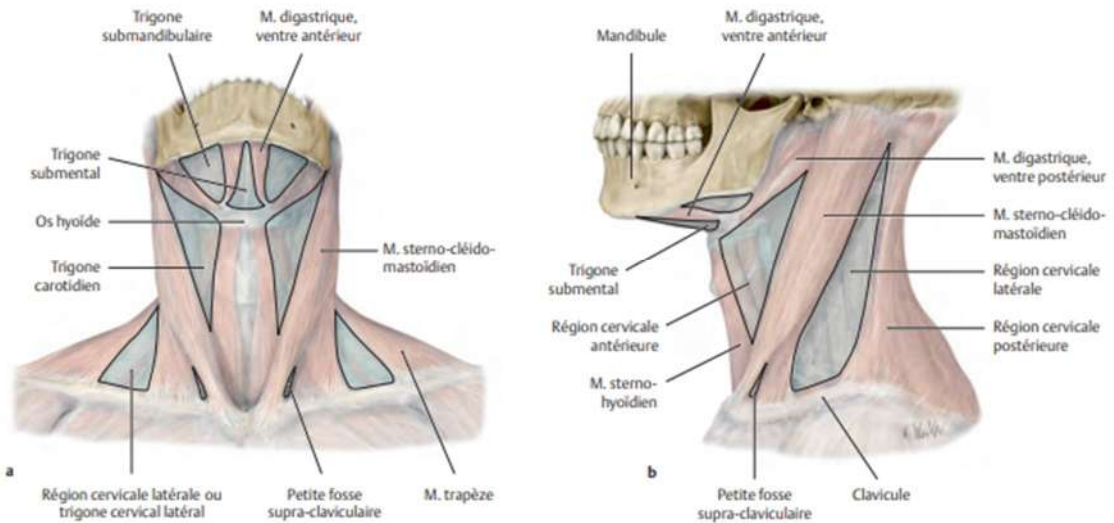


Figure 7 : Régions du cou représentées sur une dissection  
 a. Vue ventrale de la tête en légère flexion dorsale / b. Vue gauche

La gaine viscérale : C'est le prolongement du médiastin au niveau du cou. Elle est limitée :

En supérieure par le fascia pharyngo-basilaire.

En inférieure par la lame thyro-péricardique de Richet.

En antérieure par l'aponévrose cervicale moyenne.

En postérieure par l'aponévrose cervicale profonde et les lames de Charpy.

Latéralement par les gaines vasculaires.

Elle contient en arrière, le tube digestif avec le pharynx en haut et l'œsophage cervical en bas ; en avant, les voies aériennes avec le larynx en haut et la trachée cervicale en bas, plus glande thyroïde et les glandes parathyroïdes [13].

La gaine vasculaire ou carotidienne : c'est le tissu conjonctif fibreux qui entoure le compartiment vasculaire du cou. Il fait partie du fascia cervical profond du cou. Elle est située à la limite latérale de l'espace rétro-pharyngé au niveau de l'oropharynx de chaque côté du cou et en profondeur jusqu'au muscle sternocléidomastoïdien . Les quatre structures principales contenues dans la gaine carotidienne sont :



L' artère carotide commune .

Parties de l' artère carotide interne et de l' artère carotide externe .

La veine jugulaire interne .

Le nerf vague.

Partie du nerf laryngé récurrent

Les ganglions lymphatiques cervicaux profonds [14]

## 2.B. Le médiastin :

Le médiastin est l'espace médian de la cavité thoracique interposé entre les deux loges pleuropulmonaires, vers le haut, il communique avec le cou, et vers le bas, il est séparé de la cavité abdominale par le diaphragme.

De façon pratique, il est logique de diviser le médiastin en compartiments supérieur et inférieur par rapport au plan transversal passant par la crosse de l'aorte. Dans le sens antéro-postérieur, le médiastin est divisé en trois régions :

- Le médiastin antérieur : limité en arrière par un plan passant par la face antérieure de la trachée puis la face postérieure du cœur.

- Le médiastin moyen : limité en arrière par la face antérieure des corps vertébraux et contenant la trachée et l'œsophage.

- Le médiastin postérieur : est essentiellement constitué par les gouttières costo-vertébrales [9].

La gaine viscérale, en continuité avec les espaces aponévrotiques cervicaux (notamment l'espace rétro-pharyngé), constitue l'axe de diffusion du processus infectieux vers le médiastin postérieur. De même, la gaine trachéale permet l'atteinte du médiastin antérieur en cas d'atteinte de l'espace cervical viscéral antérieur ou carotidien [9].

Il est intéressant de noter que le thymus freine la diffusion de l'infection vers l'espace rétrosternal.





### 3. Histologie du tissu cellulo-adipeux cervico-facial :

#### 3.A. Origine :

Histologiquement, il est à l'origine constitué de cellules dérivées du mésenchyme primitif, les lipoblastes qui indifférenciées au départ subissent par la multiplication de leurs mitochondries, des transformations qui les amènent à l'état de lipocytes.

Les lipocytes se chargent de graisse et deviennent peu à peu des vésicules adipeuses qui se pressent les unes contre les autres et s'assemblent en un véritable tissu conjonctif lâche [8].

#### 3.B. Constitution

Le tissu cellulo-adipeux facial est formé d'un tissu conjonctif lâche comprenant des fibres élastiques et de collagène disposé en faisceaux et des cellules libres et d'un tissu adipeux cloisonné par des fibres conjonctives, formant des lobules plus ou moins grands. De nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques font partie de ce tissu conjonctif qui est parfois appelé, à raison, tissu conjonctivo-vasculaire [15].

Ce tissu cellulo-graisseux occupe différents espaces, délimités par des insertions musculoaponévrotiques sur les corticales osseuses du maxillaire et de la mandibule.

Ce tissu cellulo adipeux a pour fonction non seulement de remplir certains creux et donc de donner le relief particulier à la région bucco-maxillo-faciale, mais aussi de permettre une mobilité des pièces osseuses, de la mandibule principalement, et des structures musculaires. Il joue ainsi le rôle d'amortisseur ou de lubrifiant.

#### 3.C. Localisation [15]:

On distingue plusieurs régions ou loges anatomiques, communiquant entre elles par des hiatus comblés d'un tissu cellulo-adipeux.

-Région massétérine

Le tissu celluleux englobe classiquement le masséter

- Région zygomatique





Elle contient les muscles ptérygoïdiens et du tissu cellulo-graisseux dans lequel cheminent l'artère maxillaire interne et le nerf maxillaire inférieur.

- Région orbitaire

Dans la cavité orbitaire, il existe du tissu cellulo-adipeux qui remplit les espaces compris entre les muscles moteurs du globe oculaire et les espaces entre ces muscles et les parois osseuses.

- Région nasale et labiale supérieure

Le tissu celluleux y est abondant, il est cloisonné, ce qui limite la diffusion de l'infection.

- Région palatine

Il n'existe pas de tissu celluleux.

- Région temporale

Le tissu celluleux pénètre dans cette région par le canal temporo-zygomatique et forme une masse cellulo-adipeuse semi-fluide, développée surtout à la partie externe et inférieure de la loge entre le muscle temporal et son aponévrose.

-Région génienne

Les différents 3 espaces inter- musculaires sont comblés par du tissu cellulaire lâche, Ce tissu celluleux communique avec les fosses temporales et zygomatique

A la partie la plus reculée de la région, entre le masséter et le buccinateur, il forme la boule graisseuse de BICHAT.

- Région mentonnière et labiale inférieure

Dans cette région, le tissu celluleux forme un coussin dans la concavité du fer à cheval de la mandibule.

Ce secteur est en relation avec les régions carotidienne, ptérygomaxillaire, para-amygdalienne, thyro-hyo-épiglotique, para-laryngée en arrière, et en avant le creux sus-claviculaire et le médiastin.



-Le plancher buccal

Ce plancher comporte cinq espaces cellulieux [16]:

- Un espace sous mylo-hyoïdien, entre le muscle mylo- hyoïdien en haut et l'aponévrose cervicale superficielle en bas, communique en arrière avec les loges sous maxillaires.
- Un espace sublingual entre les muscles mylohyoïdien en bas, hyo-glosse en dedans et muqueuse en haut, contient la glande sublinguale, le canal de Wharton, les vaisseaux sublinguaux, le nerf hypoglosse, communique en arrière avec la loge sous maxillaire. L'espace sous parotidien antérieur et la région ptérygomaxillaire.
- Un espace de l'artère linguale entre les muscles génio-glosse et hyoglosse
- Un espace médio-lingual entre les deux génio-glosses en dessous du septum
- Un espace infra lingual entre les muscles géniohyoïdien en bas, hyoglosse et génio-glosse en haut, véritable centre cellulieux du plancher buccal [15].

#### 4. Physiopathologie

##### 4.A. Points de départ

##### a. Point de départ dentaire [17]:

La dissémination infectieuse se fait directement hors de la gencive, par voie sous - périostée, à partir d'une péri coronarite.

À partir de l'espace desmodontal, l'infection traverse l'os, décolle le périoste, puis bientôt le rompt et colonise les parties molles péri-osseuses qui sont constituées par un tissu cellulo-adipeux remplissant les espaces délimités par les zones d'insertions musculo-aponévrotiques au niveau des tables osseuses internes ou externes.

Habituellement, l'infection se localise au voisinage de la zone d'implantation de la dent causale ; elle peut cependant diffuser à partir de ce site. Selon son appartenance maxillaire ou mandibulaire, sa situation antérieure ou postérieure, sa proximité par rapport aux tables osseuses et la situation de son apex par rapport aux insertions musculo-aponévrotiques, l'infection se développe dans l'une des unités formant le puzzle des régions anatomiques maxillo-faciales.



Ainsi, les infections issues des dernières molaires peuvent-elles ensemen­cer directement la région cervicale et/ou l'espace para-amygdalien, encore appelé espace sous-parotidien antérieur ou ptérygo-pharyngien, qui constitue un véritable carrefour stratégique pour la dissémination de l'infection vers les autres espaces cervicaux et vers le médiastin, via la gouttière vasculaire et l'espace décollable de Renke.

En dehors des structures osseuses et du côté vestibulaire buccal, la propagation des infections contourne les limites du muscle buccinateur et des muscles peauciers.

À ce propos, rappelons l'existence d'une particularité anatomique de la région : la gouttière buccinatomaxillaire qui vient s'ouvrir en avant dans la région génienne au niveau du quadrilatère de moindre résistance de Chompret (bord antérieur = bord postérieur du triangulaire des lèvres, bord supérieur = bord inférieur du buccinateur, bord postérieur = bord antérieur du masséter, bord inférieur = bord inférieur mandibulaire) ; à ce niveau, la muqueuse buccale tapisse directement les téguments de la région génienne.

Enfin, du côté palatin, l'infection se collecte en sous-périosté et ne diffuse pas

b. Point de départ pharyngo-amygdalien

Il peut s'agir de simple pharyngite, d'amygdalite ou de phlegmon péri-amygdalien. Les amygdales cryptiques constituent de véritable support de culture pour les germes. La diffusion peut se faire vers l'espace maxillo-pharyngien en arrière.

De là, l'infection s'étend aux espaces péri-vasculaires et rétro-pharyngien qui communique avec l'espace rétro-viscéral et l'espace pré vertébral et gagner le médiastin [18].

c. Point de départ cutané

La peau est une importante barrière à l'implantation de bactérie à sa surface. Les traumatismes, les excoriations, les brûlures permettent le franchissement direct de cette barrière [18].

4.B. Les voies de propagation de l'infection

L'inoculation du tissu celluleux peut se faire selon différentes voies :



a. La voie ostéo-périostée :

Elle est la principale voie [19].

Les micro-organismes qui ont atteint le péri-apex, traversent l'os et le périoste, pour gagner les tissus cellulaires bucco-faciaux. La participation osseuse est à l'origine de l'appellation d'ostéophlégon (SEBILEAU) ou de phlegmons odontopathiques trans-osseux (BERCHER) [20]

b. La voie directe :

Au cours d'une anesthésie locale ou régionale, l'aiguille peut être source d'inoculation des micro-organismes au sein des tissus cellulaires. Il en est de même dans les traumatismes maxillo-faciaux s'accompagnant de plaies cutané-muqueuses multiples [20].

c. La voie lymphatique :

Elle est rare. Se rencontre dans les formes graves dans le cas des cellulites diffuses. Une lymphite suivie d'une périlymphite serait le point de départ de l'infection cellulaire. Dans certain cas c'est le ganglion qui sera touché directement : adénite puis péri-adénite [20].

d. La voie veineuse :

Par phlébite, périphlébite et micro embolies septiques. Cette voie semble être bien plus une voie de dissémination secondaire à distance d'une cellulite déjà déclarée qu'une voie d'apport de l'infection au tissu cellulaire [21].

5. Epidémiologie :

5.A. Epidémiologie descriptive :

a. L'âge :

L'âge est le facteur le plus nettement corrélé avec une évolution sévère de la cellulite cervico-faciale.

b. Sexe :

Il existe une prédominance masculine dans la survenue des cellulites cervico-faciales.



c. L'origine géographique :

La bonne couverture sanitaire des pays développés fait que la fréquence de la survenue des cellulites cervico-faciales y est moindre.

d. La mauvaise hygiène buccodentaire :

Certains patients ne se brossent pas les dents ou utilisent une méthode de brossage inadaptée. Ces personnes ne se soucient pas de leur santé dentaire et présentent le plus souvent un état buccodentaire déplorable, propice à l'apparition et au développement rapide de phénomènes infectieux.

e. Le tabac :

Quant à lui, est responsable d'une baisse du nombre et de l'activité des lymphocytes T, d'une diminution de la production d'anticorps IgA sécrétoires et IgG du sérum, ainsi que d'une inhibition de la fonction des neutrophiles en ce qui concerne le chimiotactisme et la phagocytose [22].

f. L'alcool :

Peut être à l'origine d'une diminution des défenses immunitaires en entraînant un défaut de fonctionnement des polynucléaires neutrophiles et une déficience du complément [22].

g. La toxicomanie :

L'injection intraveineuse de cocaïne, de marijuana, de benzodiazépines ou de barbituriques va conduire à une immunodépression en réduisant la maturation des monocytes et en réduisant le nombre de lymphocytes [22].

5.B. Epidémiologie analytique

a. Facteurs déclenchants :

⇒ Origine dentaire

La mortification de la pulpe dentaire est le dénominateur commun de la majorité des étiologies dentaires [17].



### La carie dentaire

Elle est bien sûr, la cause primordiale. L'infection diffuse dans l'espace desmodontal et, soit évolué d'un seul tenant sur un mode aigu, soit se refroidit pour aboutir au granulome et au kyste péri-apical, qui peuvent se réchauffer à tout moment et ramener au cas précédent [17].

### Les traumatismes dentaires

Aboutissent à la mortification de la pulpe, souvent à bas bruit (fêlures, contusions, luxations, fractures), si bien que les patients ne se souviennent plus forcément du traumatisme initial.

La surveillance d'une dent proche où incluse dans un foyer de fracture, d'une dent fracturée ou luxée, permet d'anticiper les problèmes.

Des habitudes néfastes comme le bruxisme où des troubles de l'occlusion peuvent entraîner des microtraumatismes répétés provoquant des irritations permanentes de la pulpe .de même, on peut y associer les phénomènes d'abrasion ou d'érosion dentaire pouvant provoquer des réactions pathologiques pulpaire [23].

⇒ Origine péri-dentaire ou parodontale :

Le tissu cellulo-adipeux peut être infecté par les germes venus d'une poche parodontale, soit directement, soit après nécrose pulpaire [24].

Les péri-coronarites d'éruption et de désinclusion, en particulier de la troisième molaire inférieure le plus souvent peuvent être la porte d'entrée de complications infectieuses souvent très bruyantes [25].

La présence de tartre à proximité du sillon gingivo-dentaire diminue l'herméticité de la jonction cémento-gingivale ce qui favorise la propagation de germes des poches parodontales.

Selon Romain et coll., une cellulite latéro-pharyngée s'est développée à partir d'une gingivite ulcéro-nécrotique chez une patiente édentée et appareillée.



### ⇒ Origine thérapeutique et/ou iatrogène

Il s'agit des actes du chirurgien-dentiste qui peuvent être à l'origine de phénomènes infectieux, actuellement ils sont moins fréquemment en cause [3] :

Les extractions dentaires en milieu infecté sont incriminées dans certains cas de cellulites. Moss et coll. décrivent l'apparition d'une cellulite diffuse chez un homme de 30 ans deux jours après les extractions des premières et deuxième molaires mandibulaires gauches.

Les traitements canalaires mal conduits soit par dépassement, désinfection insuffisante ou obturation imparfaite.

Les tailles agressives sur dents vivantes. Une prothèse mal adaptée peut en effet être à l'origine d'une blessure qui peut se surinfecter, puis diffuser à un tissu cellulaire. Plus rarement, certains actes d'orthopédie dento-maxillo-faciale peuvent être classiquement la cause de mortification pulpaire et de phénomènes infectieux secondaires.

Une anesthésie en milieu infecté peut être à l'origine de la dissémination des germes par voie sanguine. Notamment la tronculaire ensemençant l'espace infratemporal.

Bien entendu, tout acte de chirurgie maxillo-faciale traumatologique ou orthopédique, la pratique implantologique, exposent à un risque infectieux et, dans ce cas à la survenue de séquelles particulièrement graves dont la possibilité aura été expliquée au patient.

### ⇒ Origine pharyngée

Un épisode de rhinopharyngite notamment chez le nourrisson et le petit enfant peut être à l'origine d'une cellulite cervicale.

Un épisode d'angine aiguë peut également se compliquer de phlegmon periamygdalien et de la diffuser et être à l'origine d'une CCF.

### ⇒ Origine cutanée

Une plaie ou une infection de la peau peut être à l'origine d'une CCF.



b. Facteurs favorisants :

⇒ Prescriptions Médicamenteuses

Une prescription médicamenteuse inappropriée peut éventuellement être incriminée comme cela a été rapporté concernant les anti-inflammatoires et la gravité d'évolution de certaines cellulites [26]

✓ L'antibiothérapie :

Elle peut en effet favoriser la diffusion de l'infection lorsqu'elle est absente ou lorsqu'elle est inadaptée soit parce que l'antibiotique administré est bactériostatique et non bactéricide, ou soit parce que le spectre de l'antibiotique n'inclut pas l'ensemble des germes retrouvés dans cette pathologie. L'antibiothérapie est parfois insuffisante soit parce que la posologie prescrite est insuffisante, ou bien parce que la durée du traitement est insuffisante [26].

✓ Les anti-inflammatoires

A. Les anti-inflammatoires stéroïdiens : Du fait de son action immunosuppressive, la corticothérapie représente un facteur favorisant fréquemment mis en cause [3].

B. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens : Ils favoriseraient en effet la diffusion de l'infection si leur prise n'est pas associée à une antibiothérapie efficace.

Selon PONS, les anti-inflammatoires non stéroïdiens ont une action dépressive sur les mécanismes humoraux de défense immunitaire contre l'infection [3].

Les AINS sont de plus en plus en cause certes, en tant qu'étiologie iatrogène mais aussi en raison de l'automédication très développée [3].

Dans la littérature, les avis divergent quant à l'utilisation des anti-inflammatoires ou non en cas de cellulite mais la majorité des auteurs préfèrent s'abstenir. Chosidow et coll. rapportent des cas de complication à type de fasciites nécrosantes survenus lors de l'utilisation d'AINS.

Peron et Manguez considèrent qu'une prescription d'AINS peut éventuellement être incriminée dans l'évolution de certaines cellulites.





La prudence est de rigueur car le risque de passage vers une cellulite diffuse, semblerait exister. La notion de sécurité doit supplanter la notion de confort apportée par les anti inflammatoires.

⇒ Affaiblissement des défenses de l'hôte :

Il joue un rôle essentiel en le désarmant contre les infections banales [25]

✓ Le diabète

Le diabète est une pathologie parfaitement reconnue pouvant aggraver l'ensemble des processus infectieux. L'état d'hyperglycémie chronique favorise l'infection bactérienne qui en présence de glucose se propage rapidement, débordant les défenses immunitaires [27].

Il a été cité par plusieurs auteurs comme terrain favorisant l'extension des cellulites [28] [29] [30]

✓ La malnutrition

Surtout en présence d'une carence protéique et vitaminique.

✓ La grossesse

Les modifications hormonales observées durant cette période peuvent favoriser le processus infectieux.

✓ L'infection par le VIH

L'infection à VIH entraîne un déficit progressif de l'immunité cellulaire, les patients séropositifs ont une susceptibilité accrue aux infections opportunistes. De plus, il a été montré que les personnes séropositives présentaient des infections plus sévères.

✓ La chimiothérapie anticancéreuse

Ce traitement médicamenteux a pour but d'éliminer l'ensemble des cellules cancéreuses dans l'ensemble des tissus. Il est toxique pour les cellules sanguines et va se traduire par une diminution des leucocytes dans la circulation sanguine, le patient se trouvant ainsi plus sensible aux infections [22].



## 6. Microbiologie

### 6.A. La flore bactérienne de la cavité buccale :

La cavité buccale est l'un des sites les plus septiques du corps humain. C'est l'un des meilleurs milieux de culture pour l'ensemble des micro-organismes : température constante, humidité permanente, approvisionnement régulier [16].

La flore buccale présente trois caractéristiques principales :

- Riche : on dénombre entre 100 et 1000 milliards de bactéries par millilitre de salive.
- Hétérogène : Gram+, Gram-, aérobies, anaérobies facultatives, micro aérophiles, anaérobies stricts...
- Polymorphe : cocci-bâtonnets, cocci-bacilles, fusobactéries, filament courbe, filament en virgule et filament en spirale, bactéries mobiles.

La flore buccale est toujours présente, mais ne se manifeste pas. Il y a en effet un équilibre entre la flore et le milieu buccal.

Quelques espèces vont, en s'associant, provoquer une exaltation de leur virulence et D'autres, jusqu'ici saprophytes, vont devenir pathogènes. Ainsi cet équilibre sera rompu. Ces conditions seront :

- traumatisme local : extraction, détartrage, incision septique.
- Infection aiguë.
- l'âge
- la grossesse (dernier trimestre)
- la nutrition (carence protéique et vitaminique)
- des facteurs environnementaux : traumatismes physiques et/ou psychiques
- des facteurs immunitaires : acquis (le syndrome de l'immunodéficience acquise)
- les traitements immunosuppresseurs
- le diabète et sa micro-angiopathie
- l'obésité
- l'insuffisance hépatocellulaire d'origine virale ou alcoolique BACTERIOLOGI



La grande majorité des germes sont retrouvées dans la plaque dentaire, certains microorganismes peuvent se retrouver également en suspension dans la salive. Il existe normalement 70% d'aérobies pour 30% d'anaérobies, en cas d'infection aiguë, ces proportions s'inversent, les anaérobies dominent.

*Tableau 2 : Les bactéries de la cavité buccale d'après SEBALD A*

Cocci Gram +	Streptococcus bêta-hémolytiques Streptococcus alpha-hémolytiques Pneumocoques Staphylococcus Peptostreptococcus
Cocci Gram -	Veillonella Actinomyces Clostridium
Bacilles Gram +	Escherichia Coli Bacteroides Fusobacterium
Bacilles Gram -	Propionibacterium Eubacterium Bactéries filamenteuses Lactobacilles
Bactéries anaérobies préférentielles ou Microaérophiles	Eikennella corrodens
Bactéries aérocaphnophiles	Actinobacillus actinomycetem commitans



Autres bactéries aérobies préférentielles ou anaérobies facultatifs	Staphylococcus  Neisseria  Corynebactéries
---	--

#### 6.B. La flore bactérienne en présence d'une cellulite

Il s'agit d'une infection à germes multiples. Il n'existe pas de germes spécifiques des cellulites d'origine dentaire, la flore en cause est dérivée de la flore saprophyte bucco-dentaire, au sein de laquelle se développe toujours une flore polymicrobienne aussi bien aérobie qu'anaérobie.

Lors de cellulites, le rapport physiologique s'inverse. On observe alors une majorité de bactéries anaérobies strictes, et parmi les germes aérobies, il existe une prédominance des Streptocoques. La flore responsable du processus cellulitique est donc polymicrobienne et le plus souvent mixte aéro anaérobie, bien que parfois, il ne soit mis en évidence que des bactéries anaérobies strictes ou uniquement des bactéries aérobies [3].

*Tableau 3 : Les principales bactéries associées au processus cellulitique d'après SANDOR*

GK

		Aérobies	Anaérobies
Gram +	Cocci	Streptococcus sp Staphylococcus	Peptostreptococcus Peptococcus Streptococcus
	Bacilli	Lactobacillus Corynebacterium	Lactobacillus Actinomyces Eubacterium Leptotrichia Clostridium
Gram -	Cocci	Moraxella	Veillonella
	Bacilli	Enterobacteriaceae Eikenella	Bacteroides Porphyromonas Prevotella Fusobacterium Capnocytophaga



## 7. Présentation clinique :

### 7.A. ETUDE CLINIQUE :

TYPE DE DESCRIPTION : Cellulite Cervicale Diffuse phlegmoneuse [31] [32] [21] [5] [33] [34].

#### a. Circonstances de survenues :

Généralement au décours d'une douleur spontanée, lancinante et continue avec des irradiations variées.

#### b. Signes Fonctionnels :

Sont dominés par les tuméfactions cervicales douloureuses, souvent diffuses, accompagnées ou non de dysphagie. La dyspnée survient à un stade tardif, liée à une infiltration œdémateuse de la base de langue et de la filière laryngée.

#### c. Signes Généraux :

Fièvre supérieure à 38,5°C mais inconstante associée le plus souvent à une altération de l'état général.

#### d. L'examen physique :

##### ⇒ A L'Inspection

Nous pouvons noter une tuméfaction inflammatoire cervical, uni- ou bilatéral, tendue, rouge, de la mastoïde au creux sus-claviculaire, effaçant progressivement les reliefs du cou. Une rougeur pré sternale (érythème diffusant au-dessous de la fourchette sternale) est constatée une fois sur quatre lors du tableau initial, elle est très fortement prédictive d'une atteinte médiastinale.

##### ⇒ Les signes respiratoires

Présents dans un tiers des cas témoignent d'un œdème laryngé réactionnel voir d'une diffusion de l'infection aux loges du larynx, pouvant conduire à une détresse respiratoire.



⇒ La palpation

Au début c'est une tuméfaction de consistance élastique d'apparition progressive, comblant les sillons effaçant les méplats, aux limites imprécises.

A un stade un peu avancé après deux à trois jours, la tuméfaction devient assez bien limitée adhère aux plans sus et sous-jacents, elle garde le godet (stade séreux), au stade collecté on retrouve des signes de collection que l'on peut confirmer par une ponction locale à l'aiguille.

L'œdème et la suppuration peuvent selon le siège comprimer les voies aériennes supérieures, diffuser vers les espaces péri-pharyngés et inonder le médiastin. Un torticolis véritable est rare, traduisant une atteinte de l'espace prévertébrale.

L'examen de la cavité buccale, difficile par le trismus, retrouve une inflammation gingivale comblant le cul-de-sac vestibulaire, avec éventuellement du pus au collet de la dent.

Devant tout tableau de cellulite il convient de ;

- Rechercher d'une porte d'entrée : Dentaire, cutané, sous maxillaire, amygdalienne...
- Préciser le délai de la consultation
- Il faut toujours apprécier l'état général du patient
- Prise de température (généralement marquée par une fièvre par rapport à une infection)

#### 7.B. Examens Complémentaires :

##### a. Biologie [12] :

⇒ Numération formule sanguine

Pour le dépistage d'un processus infectieux (hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, une lymphopénie, une anémie inflammatoire).



⇒ Glycémie à jeun

Pour dépister le diabète inaugural ou le retentissement de l'infection sur la glycémie d'un diabétique connu.

⇒ Protéine C Réactive (CRP)

A la recherche d'un syndrome inflammatoire.

⇒ Hémoculture

Permet l'identification des germes responsables et pouvoir éventuellement réaliser un antibiogramme.

⇒ Sérologies

A la recherche d'un terrain d'immunodépression.

b. Examen bactériologique :

La ponction exploratrice avec une aiguille confirme l'existence de suppuration et permet de faire l'analyse bactériologique du pus et l'antibiogramme. L'analyse bactériologique met souvent en évidence les streptocoques et les anaérobies strictes.

Les germes en cause sont variables, il s'agit le plus souvent des germes saprophytes de la cavité buccale [35].

La flore anaérobie à l'état physiologique est saprophyte de la cavité buccale et de l'oropharynx. A la faveur de modifications locales ou générales, ces germes deviennent pathogènes. Ce sont donc des germes « opportunistes ». L'infection se développe et s'autoentretient dans les espaces cellulaires entraînant une myonécrose importante qui favorise le métabolisme anaérobie et donc la croissance bactérienne. Les cellulites cervicales constituent le prototype des infections polymicrobiennes mixtes [28].

On retrouve principalement des streptocoques du groupe milleri, des streptocoques pyogènes et quelques staphylocoques dorés ou à coagulase négatives et des Prevotella [36]



c. Antibiogramme :

Il sera demandé chaque fois que cela sera nécessaire et possible surtout en présence d'une tuméfaction collectée et si on redoute une infection due à un germe spécifique.

d. Imagerie :

⇒ Radiographie du thorax

Peu contributive, elle peut objectiver un élargissement du médiastin, pneumomédiastin, un épanchement pleural [12].

⇒ Le scanner cervical

Il reste l'examen de choix des cellulites cervicales [18].

Il doit être réalisée en urgence. Elle permet de faire le diagnostic de cellulite cervicale, elle paraît un élément décisionnel dans le bilan d'extension [37].

La TDM permet également de faire le diagnostic de cellulite gangreneuse en visualisant des bulles de gaz dans les espaces cervicaux ; de médiastinite en montrant un élargissement médiastinal. Elle recherche également des complications vasculaires et particulièrement une thrombophlébite de la veine jugulaire interne [18].

⇒ L'échographie cervicale


L'échographie est limitée dans l'évaluation exacte de l'extension du processus infectieux en particulier dans les régions inaccessibles aux ultrasons [28].

⇒ La radiographie panoramique dentaire

Elle s'impose de façon systématique dans le contexte de cellulites d'origine dentaire. Elle peut objectiver les foyers cariés et montrer les zones d'ostéolyse péri-apicale et les foyers granulomateux [28].



---



### 7.C. L'évolution :

Les cellulites demeurent des infections dont l'évolution spontanée est potentiellement mortelle. Mais un diagnostic précoce et une intervention chirurgicale rapide, ainsi que la reconnaissance précoce des complications possibles et des comorbidités, aident à diminuer la mortalité et la morbidité offrant ainsi un meilleur pronostic [38]

L'évolution se fait selon trois formes anatomo-pathologiques [26]:

- Les cellulites aiguës séreuses
- Les cellulites aiguës suppurées
- Les cellulites aiguës gangréneuses.

### 7.D. Les formes cliniques :

#### a. Chez la femme enceinte :

La grossesse constitue l'un des facteurs aggravant de cellulite cervico-faciale [7] [43]

La survenue de la cellulite au cours de la grossesse n'est pas rare, en effet cette période est caractérisée par de nombreuses modifications physiologiques et une diminution relative de l'immunité [2].

La cellulite cervico-faciale chez la femme enceinte est une infection pouvant entraîner des complications graves, engageant le pronostic vital materno-fœtal [9].

Le manque d'une politique sanitaire nationale sur la prévention, par la promotion de l'hygiène et des soins bucco-dentaires au cours des consultations prénatales est la cause des consultations tardives.

#### b. Chez les diabétiques :

Le diabète est l'un des facteurs prédisposants fréquemment retrouvé [1] [5].

Leur gravité réside dans la compression des voies aériennes et la diffusion de l'infection à l'étage endocrânien et au médiastin le long des espaces aponévrotiques, avec risque de décès. Leur prise en charge précoce médicochirurgicale et multidisciplinaire permet l'obtention de meilleurs résultats [6].



La prévention passe par un équilibre glycémique satisfaisant, des soins dentaires réguliers, et une consultation sans délai – et sans automédication – face à toute infection de la sphère ORL chez le patient diabétique.

c. La cellulite et HIV

L'infection à VIH entraîne un déficit progressif de l'immunité cellulaire, les patients séropositifs ont une susceptibilité accrue aux infections opportunistes. Les manifestations cervico-faciales observées au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ont une fréquence très variable. En effet, près de 60% des patients infectés par le VIH présentent une atteinte ORL ou cervico-faciale au cours de la maladie. Les cellulites représentent 5% de ces manifestations [44]

7.E. Diagnostic positif

Le diagnostic positif est clinique, et le bilan paraclinique ne doit en aucun cas retarder la prise en charge.

La cellulite circonscrite séreuse est diagnostiquée devant une tuméfaction inflammatoire non suppurée d'une région anatomique donnée.

La cellulite circonscrite suppurée succède à la séreuse, elle est caractérisée par l'installation d'une collection suppurée fluctuante.

La cellulite gangréneuse est beaucoup plus rare et elle est caractérisée par une gangrène localisée, c'est-à-dire une destruction tissulaire par nécrose. La cellulite diffuse est la forme la plus grave caractérisée par l'extension rapide de l'infection aux espaces cellulaires de la face et du cou en l'absence d'une prise en charge en extrême urgence [22].

7.F. Diagnostic différentiel :

La cellulite aiguë suppurée, d'origine dentaire, doit en pratique être différenciée de trois affections

- La sous maxillite aiguë, compliquant une lithiase de la glande ou de son canal excréteur
- L'adénophlegmon
- La cellulite aiguë suppurée, compliquant une ostéite mandibulaire



- Pathologies tumorales
- L'adénite
- Les kystes sébacés [22]

#### 7.G. Les complications :

En l'absence d'un diagnostic précoce et d'un traitement efficace, l'extension du processus infectieux est la règle, engendrant ainsi des complications locales et générales potentiellement fatales.

##### a. Extension vers le thorax :

La médiastinite constitue la complication majeure et la plus fréquente des cellulites cervico-faciales, souvent paucisymptomatique, doit être recherchée chez tout patient ayant une cellulite cervicale, en particulier en cas de douleur cervicale vive, extension de la rougeur cervicale à la fourchette sternale ou en cas de dyspnée [45] [46] [47].

Les germes responsables dépendent de l'origine de l'infection, dans la majorité des cas il s'agit d'une infection polymicrobienne aéroanaérobie [47].

La médiastinite s'explique par la diffusion de l'infection de haut en bas via les fascias cervicaux selon trois voies de propagation correspondant à trois régions anatomiques du cou :

- l'espace rétro pharyngé entre la loge viscérale en antérieur et le plan vertébral en postérieur, communiquant avec le médiastin postérieur.
- la gouttière vasculo-nerveuse de chaque côté, limitée par sa gaine, communiquant avec les gros vaisseaux et le médiastin antérieur.
- l'espace pré-trachéal situé entre la trachée et la thyroïde communiquant avec le médiastin antérieur.

Ces données anatomiques expliquent parfaitement la nécessité d'un abord thoracique en cas d'extension médiastinale d'une cellulite cervico-faciale [48] [49].

C'est la complication majeure et la plus fréquente des cellulites cervico-faciales faisant un tournant dans l'évolution et engageant le pronostic vital. Le diagnostic de médiastinite est avant tout clinique. Il doit être précoce car une prise en charge, au stade



initial, est le seul garant d'un pronostic favorable. Il faut y penser devant l'apparition, au décours de toute infection dentaire, pharyngée ou autre, d'une cellulite diffusante rapidement et accompagnée d'un syndrome infectieux [50] [51].

L'interrogatoire et l'examen clinique doivent rechercher :

- un empâtement cervical
- un syndrome toxi-infectieux
- une crépitation pré sternale
- une douleur thoracique transfixiante
- une peau érythémateuse parfois même nécrosée.

Cette complication triple le taux de mortalité liée aux cellulites cervico-faciales.

Le bilan radiologique doit obligatoirement être réalisé en urgence. C'est la tomodensitométrie cervico-faciale avec coupes au niveau du médiastin qui va confirmer le diagnostic.

b. La détresse respiratoire :

La tuméfaction ou l'œdème laryngé de voisinage peut entraîner une obstruction des voies aériennes supérieures avec un risque d'asphyxie aiguë par obstacle mécanique qui constitue une complication grave et précoce des cellulites diffuses. Ce risque peut survenir particulièrement en cas de cellulite diffuse du plancher buccal ou péri-pharyngée. Le danger est plus grand chez l'enfant dont la filière respiratoire est plus étroite [52] [53].

c. Sepsis

d. Extension vers l'orbite et l'endocrâne :

L'extension orbitaire se fait le plus souvent, par une effraction de la lame papyracée de l'ethmoïde après une étape intermédiaire de sinusite. Les dents en causes sont la deuxième prémolaire et les molaires du maxillaire. Le risque de cette extension est une perte fonctionnelle du globe avec une cécité.



L'extension intracrânienne est assez rare et se voit surtout lorsqu'il y a une sinusite, à partir de laquelle se crée un empyème extra-dural, une méningite ou un abcès cérébral [46] [54] [55].

e. Complications vasculaires

⇒ Thrombose de la veine jugulaire interne [56] [46] [57] [58]:

Le syndrome de Lemierre ou thrombophlébite suppurée de la veine jugulaire interne, résulte de l'extension de l'infection à l'espace carotidien. Les signes cliniques regroupent une tuméfaction douloureuse retrouvée au niveau de l'angle de la mandibule et le long du muscle SCM, avec les signes de sepsis et même un tableau d'embolie pulmonaire.

Le thrombus peut être visualisé par une échographie de haute résolution, une TDM, une IRM ou une angio-IRM.

Le traitement associe une antibiothérapie prolongée adaptée à l'antibiogramme et une anticoagulation efficace.

⇒ Anévrisme ou rupture de l'artère carotide

Il est suspecté devant la perception d'une masse cervicale pulsatile associée aux quatre signes cardinaux suivants :

- une otorragie ou hémorragie pharyngée sentinelles.
- une évolution clinique traînante (7-14jrs).
- hématome cervical.
- collapsus hémodynamique.

Le diagnostic précoce et le traitement chirurgical en urgence, sont essentiels pour obtenir un contrôle proximal du tronc carotidien, car une ligature plus distale est souvent impossible [59].

⇒ Thrombophlébite facio-ophtalmique

Elle fait suite à la thrombophlébite faciale superficielle. Le signe pathognomonique est l'œdème palpébral supérieur. D'autres signes apparaissent : chémosis séreux et



exophtalmie très importante. L'évolution se fait soit vers le phlegmon orbitaire soit vers une thrombophlébite du sinus caverneux [52] [17].

⇒ Thrombophlébite du plexus ptérygoidien

Elle est très douloureuse. La douleur siège dans la région maxillo-malaire et s'accompagne d'un trismus serré et d'une dysphagie. Un signe classique difficile à mettre en évidence, est l'œdème de la trompe d'Eustache signant l'infection parapharyngée [17] [52].

⇒ Séquelles

Les séquelles des cellulites cervicales ne sont pas à négliger, elles sont d'ordre esthétique, fonctionnel, et psychologique.

Les séquelles retrouvées dans la littérature sont diverses et de gravité variable :

- Les cicatrices inesthétiques cutanées [60]
- La sténose laryngo-trachéale [61].
- Raideur du cou [60]
- Des séquelles fonctionnelles [60]

## 8. Aspects thérapeutiques :

La qualité principale du traitement doit être la précocité avec laquelle il est mis en place. En effet, on se trouve face à une pathogénie infectieuse grave dont l'évolution est extrêmement rapide et pouvant mettre en jeu le pronostic vital [62] [63] [64].

### 8.A. Buts :

Le traitement des cellulites cervico-faciales vise à [65]:

- Lutter contre l'infection.
- Stopper l'évolution de la cellulite et évacuer la collection suppurée.
- Soulager le patient et le guérir en supprimant la cause identifiée.



8.B. Principes :

- La multidisciplinarité associant plusieurs intervenants
- L'information et le consentement du malade

8.C. Moyens thérapeutiques :

Le traitement des cellulites s'articule autour de trois volets [63] [66] [67]:

Un traitement général qui consiste à traiter l'infection par la prescription d'une antibiothérapie active sur les germes aérobies et anaérobies,

Un traitement chirurgical qui consiste à inciser et drainer une éventuelle collection,

Un traitement de la porte d'entrée, qui, en cas de cause dentaire peut être un traitement conservateur ou radical.

8.D. Prise en charge médicale

a. L'antibiothérapie

Elle ne se conçoit qu'en milieu hospitalier [18].

Elle doit être rapidement initiée, d'abord probabiliste à large spectre, se basant sur le pari bactériologique et les germes colonisant la sphère odontostomatologique, puis ciblée en fonction des résultats bactériologiques pré- et/ou peropératoires [68].

En règle générale, les antibiotiques employés dans la sphère odontostomatologique sont les bêta-lactamines, les aminosides, les dérivés imidazolés et les macrolides [39] [69] [64] [67] [40] :

- Béta Lactamines : les Pénicillines (A, G). Celles-ci agissent sur les cocci gram positif, les bacilles gram + et sur les bactéries anaérobies.

- Macrolides : comme la Clindamycine, agissent sur les Streptococcus, les Staphylococcus et anaérobies gram positif et négatif.

- Imidazolés : le métronidazole. Ils agissent sur les germes anaérobies stricts.

- Aminosides : la Gentamycine. Elles agissent sur les bacilles gram négatif et les staphylococcus.



L'acide Clavulanique couplé à l'Amoxicilline trouve aussi son indication. Cette association agit notamment sur les germes anaérobies.

Les protocoles thérapeutiques en matière de prescription de l'antibiothérapie sont variables dans la littérature. Mais tous, ont recours à une double voire à une triple antibiothérapie.

Pour la plupart, l'association de référence est une trithérapie : Bêtalactamines, Aminocyclitolés et Métronidazole.

La dose et la durée du traitement dépendent du type et de l'évolution de la cellulite. L'arrêt du traitement doit être net, jamais dégressif.

Le protocole thérapeutique recommandé durant la conférence d'expert de 2004 des auteurs francophones est [41]:

L'amoxicilline + acide clavulanique 2g fois 3/ jour, associés à la gentamicine haute dose 6-8 mg/kg en une injection quotidienne.

En cas d'allergie aux bêtalactamines le protocole est :

Fluoroquinolone à savoir ofloxacine 400mg/jour fois 2 ou ciprofloxacine 400mg/jour fois trois, associée à la clindamycine et un aminocyclitolé.

La durée de l'antibiothérapie varie selon les habitudes des équipes, la gravité de l'infection initiale et surtout l'évolution du patient.

En général les antibiotiques sont poursuivis jusqu'à ce que des reprises chirurgicales

Fréquentes ne soient plus nécessaires et qu'il existe une amélioration clinique et paraclinique [56].

#### b. La corticothérapie :

L'usage de la corticothérapie est encore controversé. Les corticoïdes ont une action dépressive connue sur les mécanismes de défense immunitaire.

Elle est indiquée en cas d'emboles septiques malgré les antibiotiques et en cas de propagation rétrograde au sinus caverneux [18] et surtout dans le but de parer à une éventuelle détresse respiratoire du fait de l'œdème cervical ou de lutter contre une





gangue fibreuse persistante ; ceci ne se conçoit qu'en milieu hospitalier sous couverture antibiotique [70].

c. Les antalgiques :

Les antalgiques de niveau I selon l'échelle de l'OMS (comme le paracétamol) sont systématiquement prescrits en périopératoire dans les cellulites. Ils peuvent être associés à la morphine par voie sous cutanée si besoin.

d. Les anticoagulations :

Il est nécessaire dans ce tableau où l'état inflammatoire et infectieux, l'immobilisation prolongée entraînent un haut risque de thrombophlébite suppurée de la face pouvant s'étendre au Sinus caverneux.

Par ailleurs cette thérapeutique permet d'améliorer la perfusion tissulaire Autour des territoires gangréneux [8] [71].

8.E. Traitement adjuvant :

Ils font essentiellement appel à l'équilibration des tares métaboliques [18].

a. Le contrôle de la glycémie :

Le déséquilibre glycémique chronique constater chez les patients diabétiques jouerait un rôle certain dans la survenue des cellulites cervico-faciales [72].

Les patients diabétiques de notre étude au nombre de 6 soit 15% ont bénéficié d'une insulinothérapie intensifiée, une réhydratation et un suivi par l'équipe du service d'endocrinologie de l'hôpital.

b. L'hygiène bucco-dentaire :

L'hygiène orale revêt un caractère fondamental dans la prévention des infections en médecine bucco-dentaire. Dès lors, une éducation systématique et répétée doit être délivrée au patient.

En aucun cas, l'utilisation d'antibiotiques ne peut pallier à l'insuffisance d'hygiène bucco-dentaire du patient [67].

---

## 8.F. Prise en charge chirurgicale

### a. Anesthésie :

⇒ L'anesthésie locale

Elle est faite au point de fluctuation ou à l'emplacement du signe de godet de préférence par infiltration traçante à la xylocaine à 2 % sans adrénaline.

⇒ L'anesthésie régionale

Elle se fait à distance du foyer infectieux. Il s'agit de l'anesthésie du nerf maxillaire inférieur à l'épine de spix ou au trou ovale devant des cas de trismus serrés.

⇒ L'anesthésie générale

Se fait en milieu hospitalier, et elle est parfois nécessaire :

- Chez un sujet pusillanime
- En présence d'un abcès volumineux, profond
- Lorsqu'il y'a un trismus serré
- Lorsque l'état général est alarmant.

### b. Incision :

Avant l'incision on peut envisager une ponction avec une aiguille de fort calibre montée sur une seringue pour prélever du pus en vue d'un antibiogramme.

Il est toujours préférable d'avoir une voie d'abord muqueuse pour minimiser les séquelles esthétiques. L'incision doit être située à la partie déclive de la tuméfaction afin que l'abcès se draine correctement, en tenant compte des dangers anatomiques et des impératifs esthétiques.

### c. Ponction :

Elle peut être proposée pour confirmer une collection et pour effectuer un prélèvement bactériologique avant le drainage ; il s'agit d'un geste diagnostique qui est insuffisant comme moyen d'évacuation de la collection.



#### d. Drainage chirurgical

Endobuccal, cervical ou les deux associés, il doit être effectué dans les conditions d'asepsie habituellement respectées pour toute intervention dans cette zone. L'anesthésie doit être adaptée à l'ampleur prévisible du geste.

##### ⇒ Drainage endobuccal

– En vestibulaire : au niveau maxillaire et au niveau de l'arc antérieur mandibulaire, le bistouri incise horizontalement au sommet de la tuméfaction directement vers la corticale externe sur 2 cm ; la spatule-rugine décolle le périoste le plus largement possible pendant que l'aide aspire la collection ; il faut être prudent dans la région d'émergence du nerf alvéolaire inférieur. L'incision est laissée béante ; il n'est pas indispensable de mettre en place une lame ou une mèche si le décollement a été suffisamment large : il s'agit d'un geste rapide, réalisable au fauteuil.

– En lingual : il convient de procéder de la même manière, sachant cependant que le décollement doit se faire avec précaution bien au contact de la table interne. Il est préférable de décaler l'incision muqueuse en vestibulaire où lingual par rapport à l'alvéole de la dent causale si une extraction est pratiquée dans le même temps

– Au niveau palatin : il est conseillé d'exciser un quartier d'orange de fibromuqueuse au sommet de la tuméfaction : le drainage est plus complet et la muqueuse, en se réappliquant sur la voûte, ne bouche pas l'orifice de drainage ; ce qui est habituel en cas d'incision simple. La cicatrisation muqueuse évolue en règle rapidement sans nécessiter de protection particulière de la voûte.

##### ⇒ Drainage cervical

Il est mené par une incision horizontale parallèle au bord inférieur de la mandibule, au point déclive de la tuméfaction, comme pour un abcès standard. La longueur de l'incision n'a pas besoin d'être très importante, mais suffisante pour permettre au chirurgien d'y passer l'index. Les plans sous-cutanés sont discisés avec une pince à hémostase, ce qui donne accès à la collection qui est aspirée après un éventuel prélèvement bactériologique.

Au fauteuil, habituellement, il est difficile d'en faire beaucoup plus.



Chez le patient endormi, l'opérateur peut explorer au doigt la cavité de l'abcès et en effondrer tous les cloisonnements, réalisant de ce fait un geste de drainage beaucoup plus efficace.

L'intervention se termine par la mise en place d'un dispositif pour lavages aux antiseptiques et aspirations journaliers : une lame ondulée, ou deux petits tubes de silicone souple.

Traitement non médicamenteux :

Pansements et thérapeutiques locales :

Les principes théoriques des pansements reposent sur le fait que la cicatrisation ne peut être obtenue qu'en essayant d'améliorer la perfusion dermique, de stimuler le tissu de bourgeonnement, de réduire l'œdème et de protéger de la surinfection. Les pansements chirurgicaux sont réalisés en réanimation deux à trois fois par jour, au moins une fois par un chirurgien (les deux autres fois par l'infirmière de réanimation), sur un patient sédaté, dans des conditions stériles [9].

Le but est de maintenir l'effet de la détersion initiale par un brossage énergique et par des lavages [9].

Les berges de la plaie doivent être examinées à chaque changement de pansement [45].

Le lambeau cervical supérieur bénéficie de massages pour préserver sa souplesse et éviter sa rétraction. L'espacement des pansements est décidé en cas d'amélioration locale et de contrôle général du syndrome infectieux, la cervicotomie est alors refermée sur lames [9].

Il existe peu d'arguments dans la littérature pour recommander un type de pansement particulier, qu'ils soient classiques à base de compresses humides ou plus innovants à base d'alginates de calcium, d'argent ou d'hydrocolloïdes [73]

Soins post opératoires :

Les soins locaux devront être pluriquotidiens comprenant les lavages et les pansements jusqu'au tarissement du pus.

Une surveillance stricte jusqu'à guérison complète est nécessaire.



---

# MATERIELS ET METHODES

---

---



## MATERIELS ET METHODES

### 1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive chez des patients présentant une cellulite cervico-faciale, colligé sur une période de 7 mois de 12 décembre 2021 à 12 juillet 2022.

### 2. Lieu et durée de l'étude :

#### 2.A. Lieu de l'étude :

L'étude s'est déroulée au niveau du service d'Otorhinolaryngologie de l'EPH Mohamed Boudiaf Ouargla.

#### 2.B. Durée d'étude :

L'étude s'est étalée sur une durée de 7 mois, de 12 décembre 2021 à 12 juillet 2022.

### 3. Population cible :

L'étude a porté sur 25 patients présentant une cellulite cervico-faciale au niveau de service d'ORL de l'EPH Mohamed Boudiaf Ouargla.

#### 3.A. Critères d'inclusion :

Notre étude concerne les patients de tout âge et tout sexe présentant une cellulite cervico-faciale, et qui ont été hospitalisés au niveau du service d'ORL de l'EPH Mohamed Boudiaf, Ouargla.

#### 3.B. Critères d'exclusion :

Les patients qui n'ont pas été hospitalisé au niveau du service d'ORL.

### 4. Méthodologie :

#### 4.A. Recueil des données :

La collecte des données a été faite sur une fiche d'enquête.

Un interrogatoire suivi d'un examen clinique et des examens paracliniques ont été faits.



#### 4.B. Recherche bibliographique :

Elle a été effectuée sur les articles traitant les cellulites cervico-faciales, sur la bibliothèque de MEDLINE, Google scholar, Pub Med.

En utilisant les mots clés suivants :

Cellulites / cervicale / faciale / AINS / complications/ origine pharyngée /Antibiothérapie /drainage/ cellulitis.

#### 5. Analyse statistique :

Les données ont été saisies et analysées sur un programme de SPSS version 26.

Variables simples : Moyenne et pourcentage.

#### 6. Aspects éthiques

Le recueil des données a été fait en prenant en considération les règles globales d'éthiques relatives au respect de la confidentialité et la protection des données propres aux patients.



---

# RESULTATS

---



## RESULTATS

### 1. Données épidémiologiques :

#### 1.A. Selon le sexe :

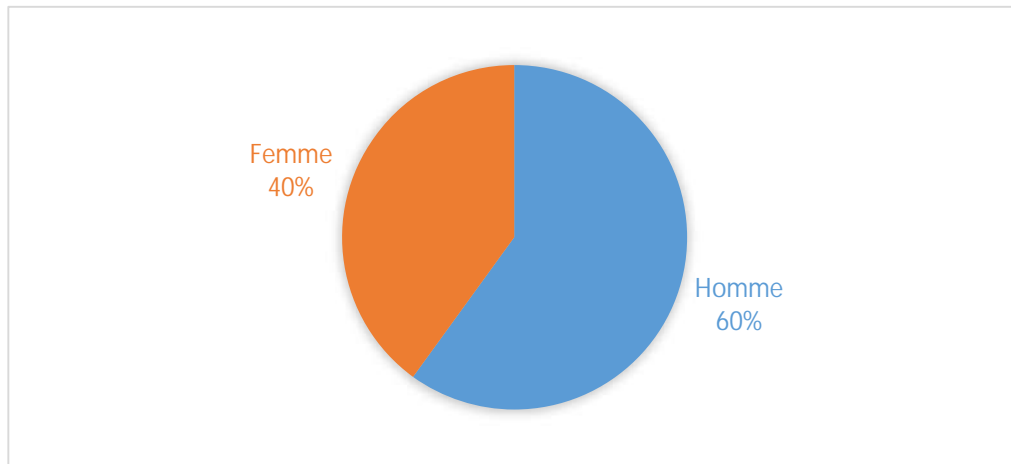


Figure 8 : Répartition des cas selon le sexe

Une prédominance du sexe masculin a été constatée dans 60% des cas (15 hommes).

La sex-ratio était de 1,5.

#### 1.B. Selon les tranches d'âge :

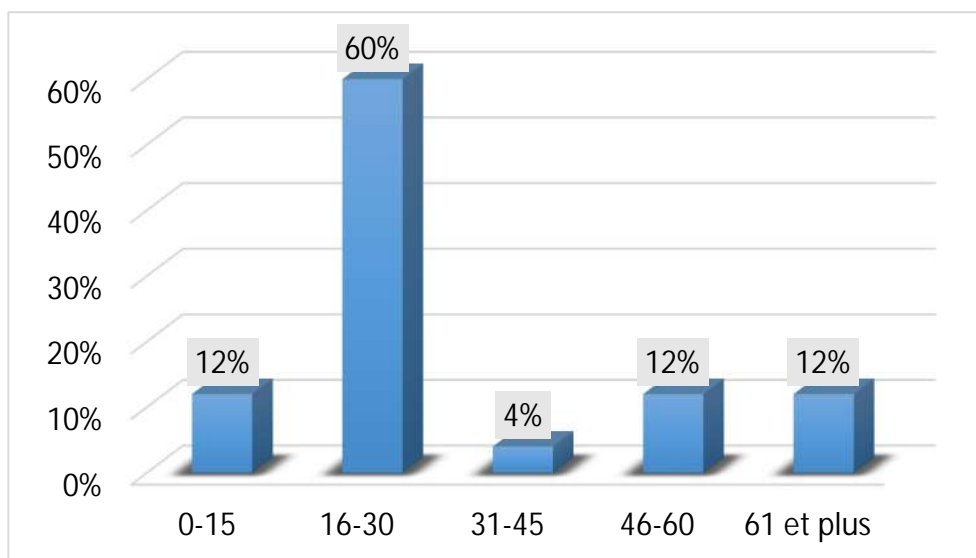


Figure 9 : Répartition des cas selon les tranches d'âge



La tranche d'âge la plus touchées étaient celles des adultes jeunes et se situe entre 16 et 30 ans (soit 60%) avec nombre de 15 patients.

L'âge varie entre 2 et 94 ans, et un âge moyen dans notre série était de 31 ans.

1.C. Selon le BMI :

Tableau 4 : Répartition des cas selon le BMI

	Fréquence	Pourcentage %
<i>Amaigrissement</i>	4	16
<i>Normale</i>	15	60
<i>Surpoids</i>	4	16
<i>Obésité</i>	2	8
<i>Total</i>	25	100

Dans notre série on note une prédominance nette du poids normal qui a été constaté dans 60% des cas (15 patients).

1.D. Selon le niveau socioéconomique :

Tableau 5 : Répartition des cas selon leurs niveau socioéconomique

	Fréquence	Pourcentage
<i>Bas niveau</i>	6	24
<i>Moyen</i>	14	56
<i>Haut niveau</i>	5	20
<i>Total</i>	25	100

Le niveau socioéconomique était moyen dans 14 cas soit 56% ; et bas dans 6 cas soit 24% ; et de haut niveau dans 5 cas soit 20% de notre série.



1.E. Selon la prise médicamenteuse antérieure :

Tableau 6 : Répartition des cas selon la prise médicamenteuse antérieure

	Fréquence	Pourcentage
<i>Pas de Prise</i>	4	16.0
<i>AINS</i>	6	24.0
<i>ATB</i>	6	24.0
<i>ATB+AINS</i>	5	20.0
<i>ATB+CTC+AINS</i>	4	16.0
<i>Total</i>	25	100.0

Au moment du diagnostic les patients avaient déjà reçu un traitement avant leurs admissions dans 80%, ce traitement était :

- Des AINS seuls dans 24% des cas
- Des ATB seuls dans 24% des cas
- ATB + AINS dans 20% des cas
- ATB + CTC + AINS dans 16% des cas

a. AINS

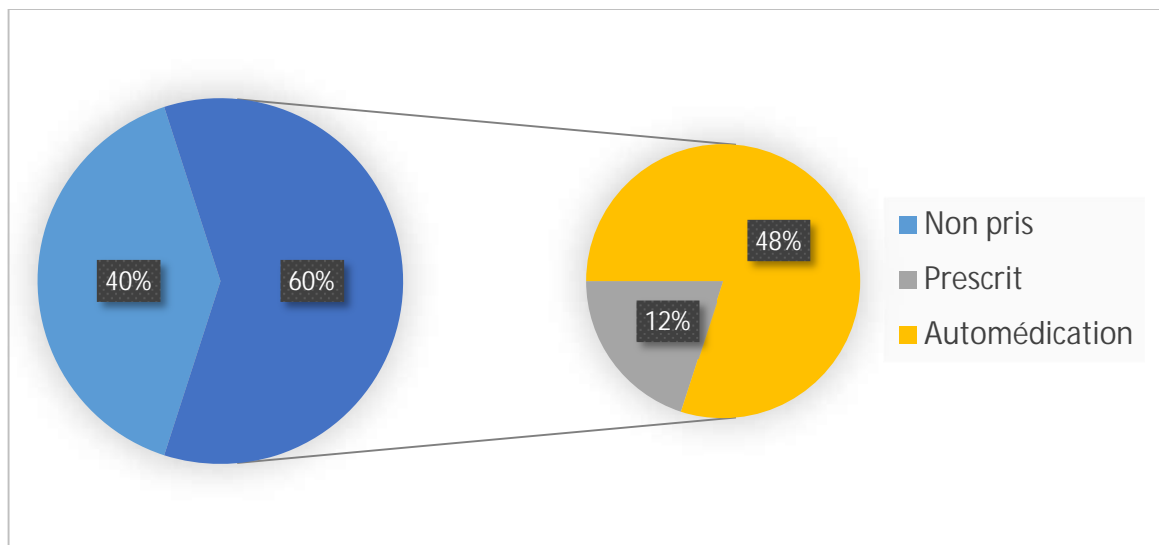


Figure 10 : Répartition des cas selon la prise des AINS avant l'admission.



La prise des anti-inflammatoires non stéroïdiennes (AINS) de type Diclofénac sodium était dans 60% des cas de notre série, 48% des cas par automédication et 12% des cas par prescription médicale.

b. Prise d'ATB :

*Tableau 7 : Répartition des cas selon la prise des ATB avant l'admission.*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage %</i>
<i>Oui</i>	15	60
<i>Non</i>	10	40
<i>Total</i>	25	100

Avant l'hospitalisation de nos patients , 15 patients ont reçu un traitement ATB prescrit par leurs médecins traitants ( médecin dentiste, médecin généraliste, médecin spécialiste en ORL) soit un pourcentage de 60%.

⇒ Type de l'ATB

*Tableau 8 : Répartition des cas selon le type des ATB pris avant l'admission.*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage %</i>
<i>Amoxicilline</i>	10	66.7
<i>Autres associations</i>	4	26.
<i>Claforan +Flagyl</i>	1	6.7
<i>Total</i>	15	100

La majorité de nos patients ont reçu un traitement ATB de type amoxicilline seule dans 66,7% des cas (10 cas).

Et 04 patients ont reçu un bi ou tri-antibiothérapie (amoxicilline en association avec autre ATB) dans 26.6%

Un seul cas a é reçu un bi antibiothérapie (Claforan + Flagyl) qui a été déjà hospitalisé pour une autre cause.

⇒ Le respect de prise des ATB :

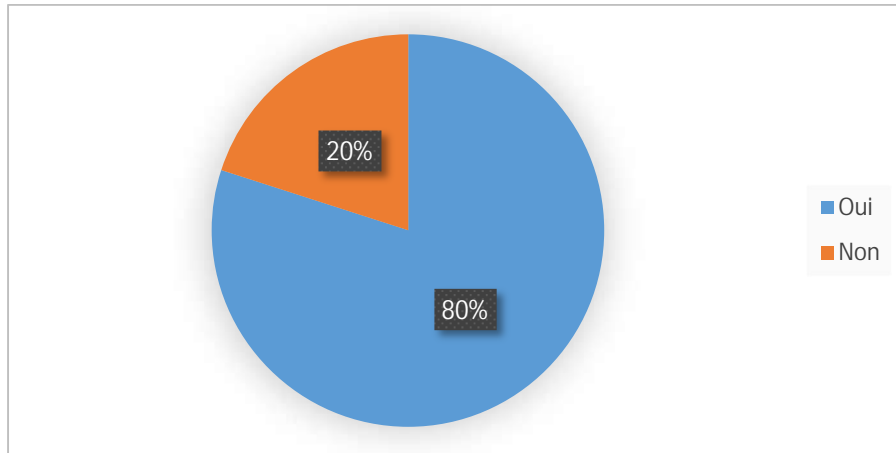


Figure 11 : Répartition des cas selon le respect de prise d'ATB

c. Prise d' AIS (corticoïdes)

Tableau 9 : Répartition des cas selon de prise des AIS

	Fréquence	Pourcentage %
Pris	4	16
Non pris	21	84
Total	25	100

Dans notre série 4 patients ont reçu des corticoïdes à base de prednisolone soit à 16% des cas.

## 1.F. Selon les facteurs favorisants

Tableau 10 : Répartition des cas selon les facteurs favorisants

		Fréquence	Pourcentage
Diabète	DID	1	4 %
	DNID	4	16 %
	HTA	2	8 %
	Grossesse	1	4 %
Immuno-déprimé	Tuberculose ganglionnaire	8	32 %
	Chimiothérapie	1	4 %
	Mauvais état bucco-dentaire	19	76 %
	Malnutrition	3	12 %

- Dix-neuf patients avaient un mauvais état bucco-dentaire soit de 76% des cas.
- Neuf patients avaient un état d'immunodépression soit de 36% des cas, avec 8 cas de tuberculose ganglionnaire (soit de 32%) et un patient sous chimiothérapie (soit de 4%).
- Cinq patients étaient diabétiques soit de 20% des cas, avec 1 cas diabétique de type 2 insulino-dépendant et 4 cas diabétique sous antidiabétique oraux.
- Trois patients étaient en malnutrition (soit de 12% des cas).
- Deux patients étaient hypertendus (soit de 8% des cas).
- Une patiente était enceinte de 27 semaines d'aménorrhée (soit de 4%).

1.G. Selon la porte d'entrée

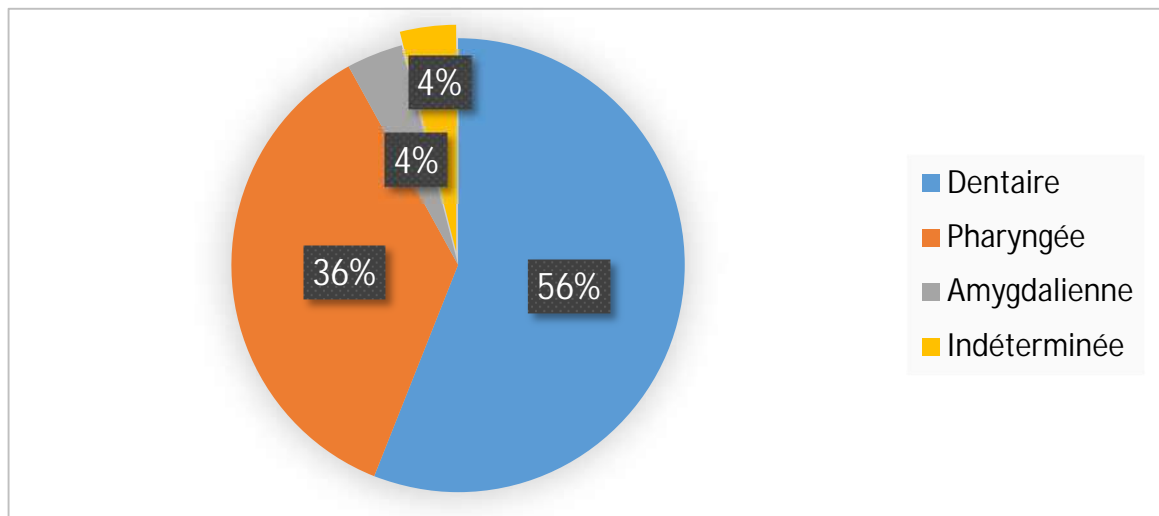


Figure 12 : Répartition des cas selon la porte d'entrée.

La porte d'entrée était connue dans 96% des cas :

- Elle était dentaire chez 14 patients soit 56%.
- Pharyngée chez 9 patients soit 36%.
- Amygdalienne chez un seul patient soit 4%
- Elle était indéterminée chez un seul patient soit 4%.

2. Données cliniques :

2.A. Délai avant Consultation

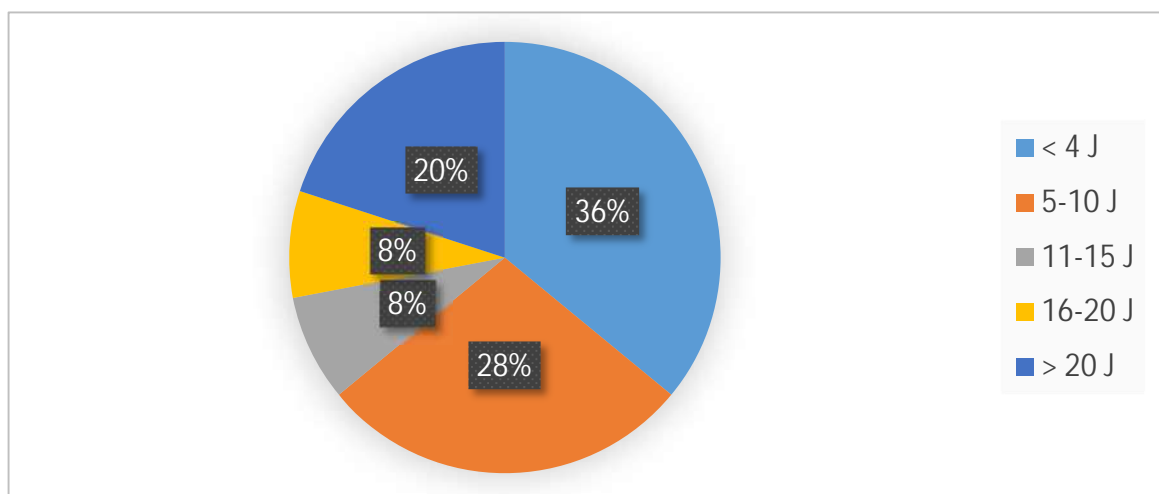


Figure 13 : Répartition des cas selon le délai de consultation.



Le délai de la consultation des patients après apparition d'une tuméfaction était moins de quatre jours dans 36% des cas, et délai moyen de 11,25 jours, avec des extrêmes allant de 01 jour à 30 Jours (8 cas de cellulites révélant une tuberculose ganglionnaire).

## 2.B. Motif de consultation

Tableau 11 : Répartition des cas selon le motif de consultation.

	Fréquence	Pourcentage
<i>Tuméfaction + Douleur</i>	24	96.0
<i>Tuméfaction + Douleur + dysphagie</i>	1	4.0
<i>Total</i>	25	100.0

Le motif principal ayant amené les patients à consulter était une tuméfaction douloureuse faciale et/ou cervicale dans tous les cas (100%), et un seul cas a consulté pour une dysphagie avec la douleur et la tuméfaction (4%)

## 2.C. Manifestations cliniques

Tableau 12 : Répartition des cas selon les manifestations cliniques.

	Fréquence	Pourcentage %
<i>Douleurs cervicale</i>	20	80
<i>Douleurs facial</i>	18	72
<i>Tuméfaction</i>	25	100
<i>Fistule</i>	3	12
<i>Trismus</i>	19	76
<i>Fièvre</i>	20	80
<i>Dyspnée</i>	3	12
<i>Torticolis</i>	17	68
<i>Dysphagie</i>	5	20
<i>Rougeur</i>	21	84
<i>AEG</i>	5	20
<i>Nécrose cutanée</i>	1	4





- Le principal signe fonctionnel ayant amené les patients à se présenter aux urgences était la présence d'une tuméfaction, douloureuse à la palpation, au niveau facial et/ou cervicale dans 100% des cas.

- Vingt et un patients ont présenté une rougeur cervicale et/ ou faciale (soit de 84%).

- Vingt patients (80%) étaient fébriles au moment de leurs arrivées dans le service.

- Un trismus chez 19 d'entre eux (soit de 76%).

- Un torticolis chez 17 patients (soit de 68%).

- Cinq patients présentaient une altération de l'état général soit 20%.

- Une dysphagie 20 % soit 5 cas).

- Une fistule extériorisée à la peau (12% soit 3cas).

- Une dyspnée dans 12% des cas soit de 3 patients.

- Une nécrose cutanée dans 1 cas soit de 4%.

## 2.D. Examen Clinique de l'EG

### a. La température

*Tableau 13 : Répartition des cas selon la température.*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Apyrétique</i>	6	24.0
<i>Fébrile</i>	19	76.0
<i>Total</i>	25	100.0

### b. La fréquence cardiaque :

*Tableau 14 : Répartition des cas selon la fréquence cardiaque.*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Rythme normale</i>	9	36.0
<i>Tachycardie</i>	16	64.0
<i>Total</i>	25	100.0



c. La tension artérielle :

Tableau 15 : Répartition des cas selon la tension artérielle

	Fréquence	Pourcentage
<i>Hypotension</i>	4	16.0
<i>Normo tension</i>	19	76.0
<i>Hypertension</i>	2	8.0
<i>Total</i>	25	100.0

La fièvre était objectivée chez 19 patients soit 76% ; avec une moyenne de 38,48 C° et des extrêmes allant de 37 C° à 39,5 C°.

La tension artérielle était normale sauf chez quatre patients.

La fréquence cardiaque était élevée chez les patients fébriles : 16 personnes soit de 64% des cas.

2.E. Examen Clinique cervico facial :

Tableau 16 : Répartition des cas selon l'examen clinique.

	Effectif	Pourcentage
<i>Tuméfaction Cervicale</i>	18	72.0%
<i>Tuméfaction Faciale</i>	18	72.0%
<i>Douleur à la palpation</i>	25	100.0%
<i>Inflammation</i>	21	84.0%
<i>Fistulisation</i>	3	12.0%
<i>Induration</i>	20	80.0%

La symptomatologie clinique est dominée par la tuméfaction cervicale et / ou faciale dans 100% cas, sa taille est variable.

Sensible à la palpation dans 25 cas (soit de 100%).

La consistance est dure dans 20 cas (soit de 80%).

La peau en regard est inflammatoire chez 21 patients (84%) dont un seul cas présentait une nécrose cutanée (4%) et 3 cas (12%) de fistules

## 2.F. Siège de départ

Tableau 17 : Répartition des cas selon le siège de départ

	Fréquence	Pourcentage %
Facial	13	52
Cervicale	12	48
Total	25	100

16 patients de notre série ont présenté un siège de départ facial qui dans 52% des cas, et cervical chez 12 patients soit de 48% des cas.

## 3. Données Biologiques

### 3.A. Bilan sanguin :

#### a. FNS :

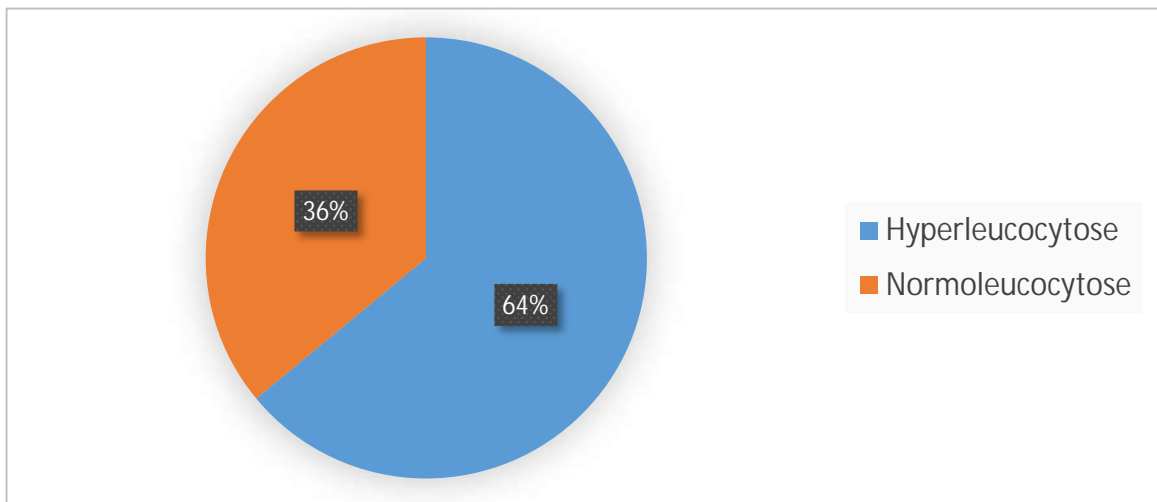


Figure 14 : Répartition des cas selon les résultats de FNS.

La numération de la formule sanguine a été faite dans tous les cas et avait objectivé :

- Une Hyperleucocytose à prédominance polynucléaires neutrophiles chez 16 patients soit 64%.

- Une normo leucocytose était marqué chez 9 patients soit de 36% des cas.



b. Bilan inflammatoire

⇒ CRP

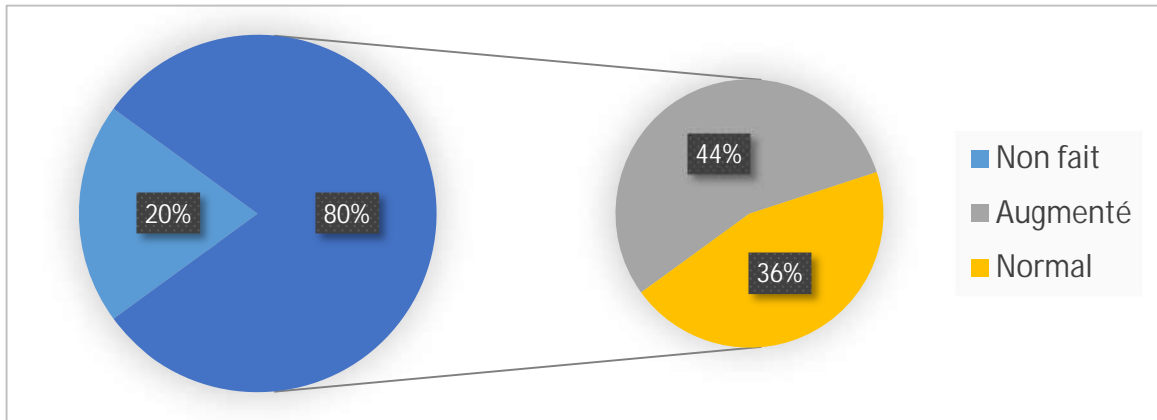


Figure 15 : Répartition des cas selon les résultats de CRP.

La CRP était faite chez 20 patients.

Elle avait objectivé des chiffres élevés dans 44% des cas qui soit de 11 patients ; et une valeur normale avec 36% des cas.

⇒ VS

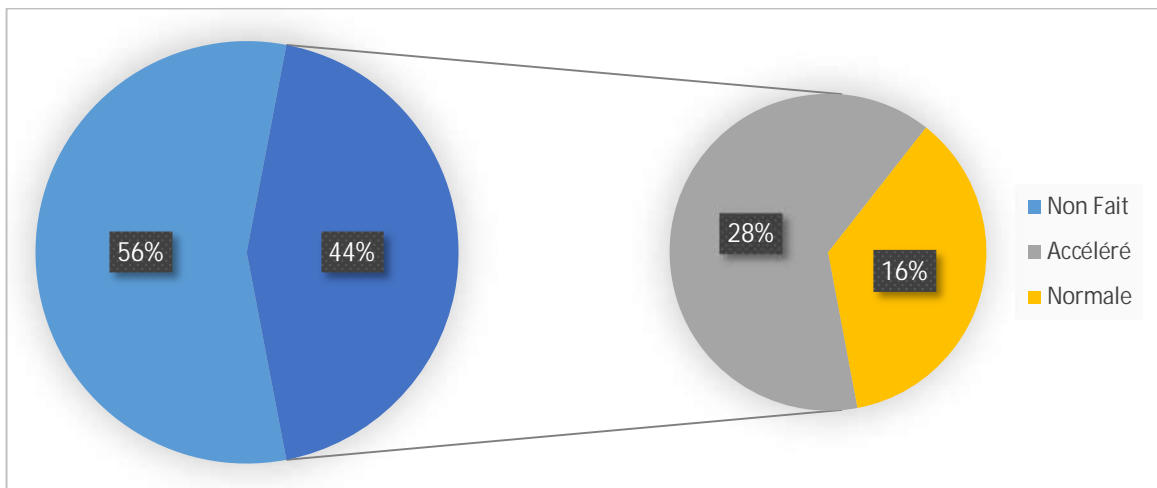


Figure 16 : Répartition des cas selon les résultats de VS.

- La VS n'était pas réalisée chez 14 patients de notre série soit de 56% des cas ;
- Une accélération de la VS dans 28% des cas.



c. Bilan Rénal

Le bilan rénal a été fait chez tous les patients et revenant sans anomalies

d. Sérologie

Tableau 18 : Répartition des cas selon les résultats de la sérologie.

		Fréquence	Pourcentage
Fait	Négatif	8	32
	Positif	0	00
Non fait		17	68
Total		25	100

La sérologie est revenue négative chez les 08 patients qui en ont bénéficiés.

3.B. Bilan Bactériologique

a. Prélèvement

Tableau 19 : Répartition des cas selon la réalisation des prélèvements bactériologiques.

	Fréquence	Pourcentage %
Non fait	22	88
Après ATB	3	12
Total	25	100

Les prélèvements bactériologiques étaient faits au début du drainage chirurgical par ponction des collections purulentes dans 3 cas (12%) et les résultats revenant sans identification du germe (patients ayant reçu un ATB avant le prélèvement).

Chez le reste des patients (22 cas soit 88%) on a eu recours à une antibiothérapie probabiliste sans faire des prélèvements bactériologiques.



#### 4. Données radiologiques :

##### 4.A. La réalisation de la TDM et de l'échographie :

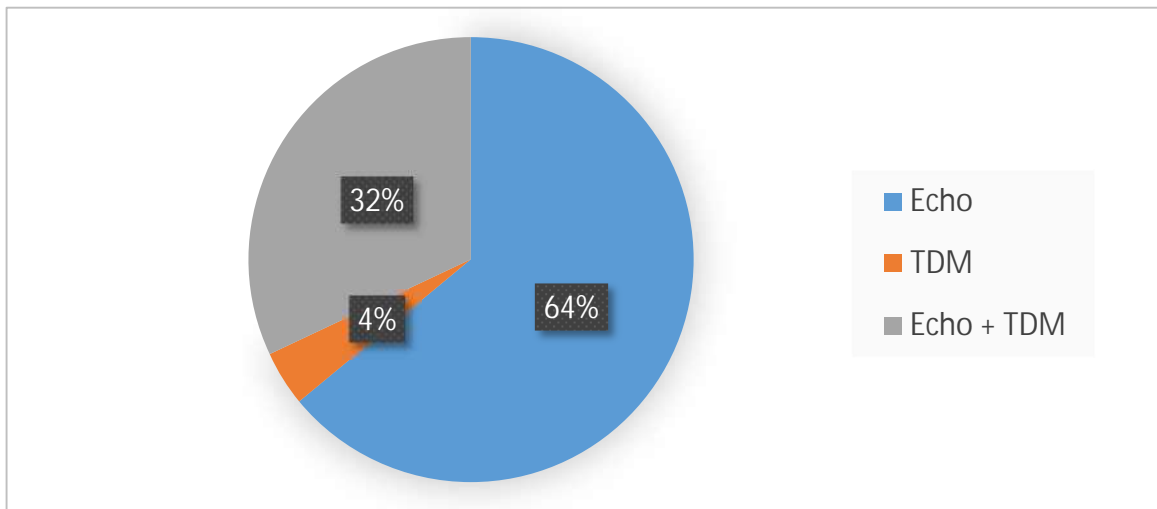


Figure 17 : Répartition des cas selon la réalisation de la TDM ou d'une échographie.

L'échographie + TDM était faite dans 32% des cas (8 patients)

L'échographie seul était faite chez 16 patients de notre population, qui soit de 64%.

Un seul patient de notre série qui a fait une TDM seule dans 4%.

##### 4.B. Les résultats de la TDM

###### a. Épaississement de la graisse

Tableau 20 : Répartition des cas selon l'existence d'un épaississement de la graisse.

		Fréquence	Pourcentage %
Absence d'épaississement		6	66.7
Épaississement de la graisse	Superficielle	2	22.2
	Profonde	1	11.1
Total		9	100



b. Diamètre de la collection :

Tableau 21 : Répartition des cas selon le diamètre de la collection.

	Fréquence	Pourcentage %
$\leq 02\text{ cm}$	1	11.1
$> 02\text{ cm}$	8	88.9
Total	9	100

c. Extension

Tableau 22 : Répartition des cas selon l'extension de la cellulite.

	Fréquence	Pourcentage %
Absence d'extension	6	66.7
Vers la glande parotidienne	2	22.2
Vers l'espace rétropharyngée	1	11.1
Vers le médiastin	0	0
Total	9	100

d. ADP

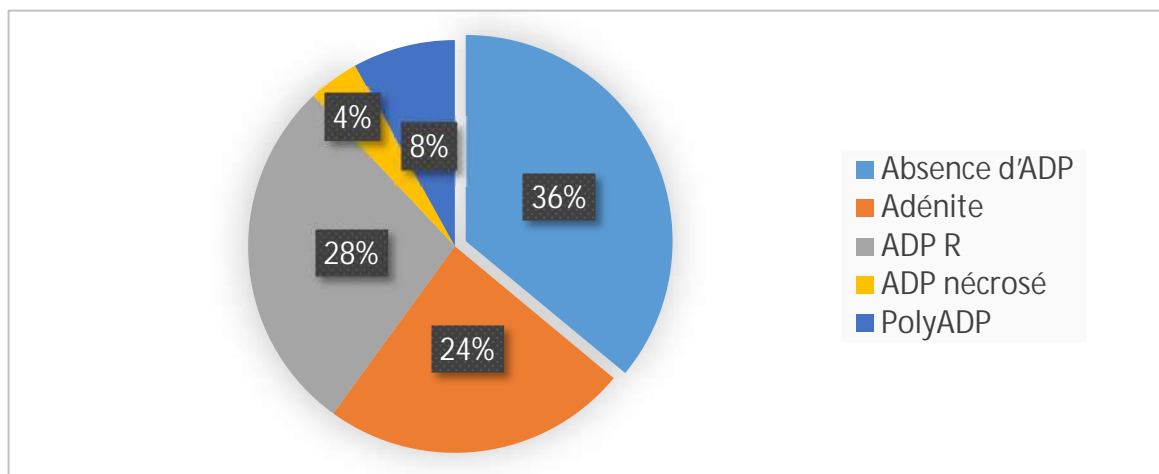


Figure 18 : Répartition des cas selon L'existence des ADP au TDM.



La tomodensitométrie cervico-faciale avec ou sans coupes thoraciques a été réalisée chez 09 cas de nos patients (soit de 36%), elle a objectivé les différents aspects :

- Un épaissement/infiltration des espaces graisseux dans 3 cas (33,3%), dont 11,1% des cas profonde et 22,2% des cas superficielle.
- La prédominance des collections de diamètre supérieur à 3 cm dans 88,9% des cas.
- La diffusion aux espaces profonds dans 4 cas (50%), et reste superficielle dans le reste des cas (50%).
- L'absence d'extension médiastinale.
- Une atteinte de la glande parotidienne dans 2 cas (25%), et une atteinte de l'espace rétro pharyngée dans un seul cas (soit de 12,5%).
- Des ADP multiples ont été objectivé chez 2 patients (soit de 25% des cas), et des ADP réactionnel dan 25% des cas (2 cas), et une adénite dans 12,5% des cas.

#### 4.C. Diagnostic positif (Echographie et/ou TDM)

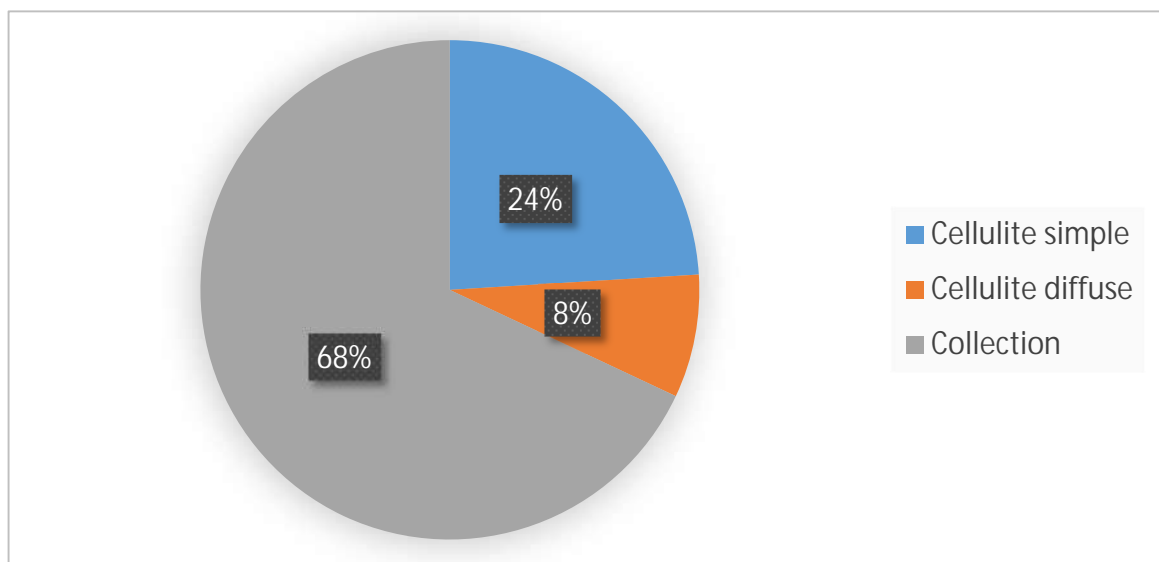


Figure 19 : Répartition des cas selon le diagnostic positif.

68% de nos patients ont présenté une cellulite avec collection.

Un diagnostic de la cellulite simple sans collection était fait chez 24% des cas.

Une cellulite diffuse a été observée chez 8% des cas qui soit de 2 patients.



## 5. PEC

### 5.A. Médicale

#### a. Antibiothérapie

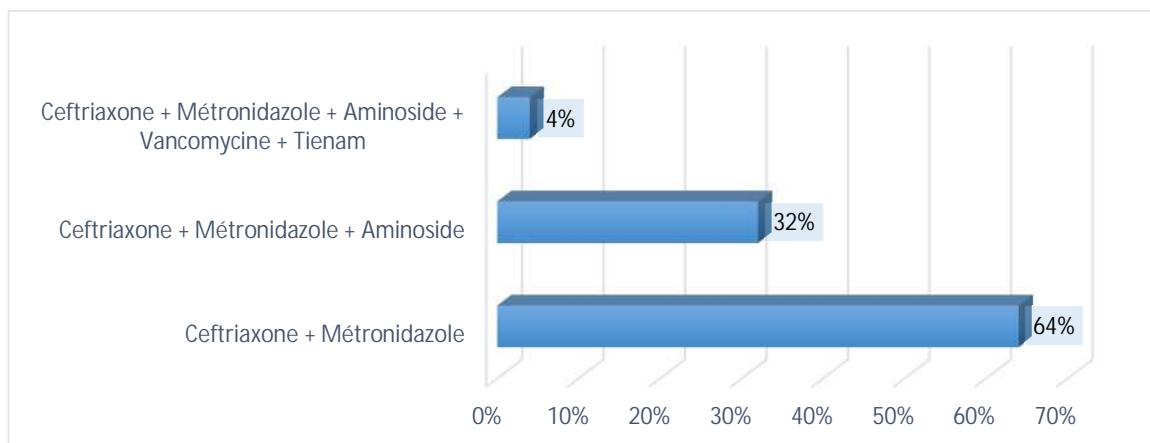


Figure 20 : Répartition des cas selon le traitement antibiotique.

Le traitement médical reposait sur un bi ou tri-antibiothérapie par voie IV dans 25 cas soit de 100%, associant :

- Ceftriaxone + Métronidazole dans 16 cas soit 64%.
- Ceftriaxone + Métronidazole + Aminocide dans 8 cas soit de 34%.
- Ceftriaxone + Métronidazole + Aminocide + Vancomycine + Tienam dans 1 seul cas soit 4%.

Après l'apyrexie et la normalisation de bilan inflammatoire un relais per os était de mise par une bi-antibiothérapie associant Amoxicilline acide-clavulanique + Métronidazole dans tous les cas pendant une durée moyenne de 10-15 jours.

#### b. Corticothérapie :

Tableau 23 : Répartition des cas selon le traitement corticoïde.

	Fréquence	Pourcentage %
Reçu	12	48
Non reçu	13	52
Total	25	100



Une corticothérapie a été prescrite chez 12 malades, après 48 heures d'antibiothérapie et juste après un drainage chirurgical, soit 48%, à une dose de 80 mg par jour de prednisolone dans tous les cas et pendant une durée de 5 jours. Et le reste des malades de notre série n'ont pas reçu de corticoïdes dans 52% des cas.

c. Réanimations

Tableau 24 : Répartition des cas selon la PEC en réanimation

	Fréquence	Pourcentage %
Non	18	72
Drainage S/AG	4	16
Transfert vers la Réa	1	4
Utilisation des drogues vasoactives	2	8
Total	25	100

Un seul malade a été admis en réanimation, pour choc septique après un traitement chirurgical sous anesthésie général, ou il a bénéficié d'un séjour en réanimation avec assistance respiratoire et hémodynamique (patient intubé et ventilé pendant 48H) et une antibiothérapie à large spectre.

Deux cas ont présenté un état de choc septique, et qui ont été mis sous des drogues vasoactives (noradrénaline), dont un patient décédé.

Un drainage sous anesthésie général dans 16% des cas soit de 4 patients.

5.B. Chirurgicale

a. Drainage

Tableau 25 : Répartition des cas selon la réalisation de drainage.

	Fréquence	Pourcentage
Fait	18	72.0
Non fait	7	28.0
Total	25	100.0



b. Délai de drainage

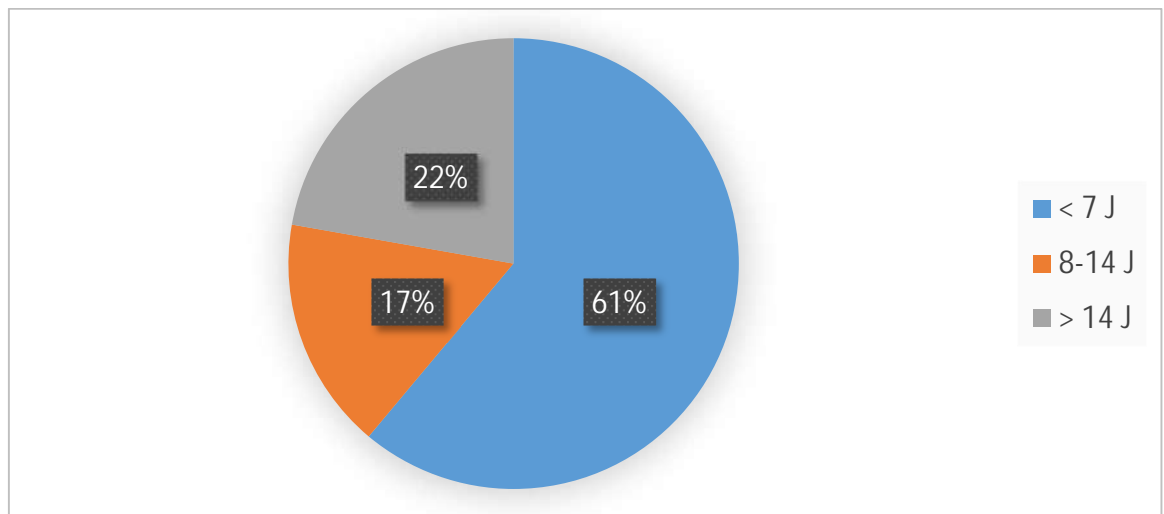


Figure 21 : Répartition des cas selon le délai de drainage.

Dix-huit malades de notre série ont bénéficié d'un traitement chirurgical (drainage) soit 72%, 4 patients ont bénéficié d'un drainage sous anesthésie général, tandis que 7 patients (28%) ont bénéficié d'un traitement médical seul. Dans un délai moyen de 10 jours avec des extrêmes allant de 2 jours à 32 jours.

5.C. La durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation était de 8,28 jours, avec des extrêmes allant de 0 jours à 27 jours.

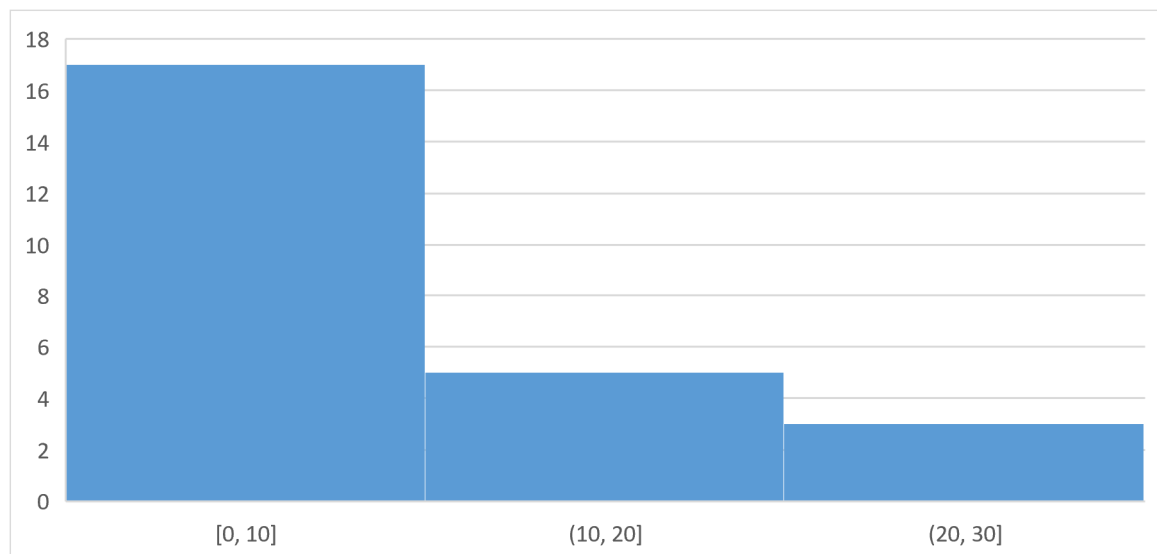


Figure 22. Répartition des cas selon la durée d'hospitalisation.



---

# DISCUSSION

---

---



## DISCUSSION

### 1. Données épidémiologiques

#### 1.A. L'âge

L'étude de Mohamed Amine HAOUANE [74] à l'hôpital militaire Avicenne Marrakech au Maroc en 2018 à propos de 40 patients, montre que l'âge moyen des patients atteints de la cellulite cervico-faciale était de 33,7 ans avec des extrêmes allant de 16 à 67 ans.

L'étude de Aissa Mamoune S, Bakhti M Z, et Zazoua Khames D [75] au CHU de Tlemcen en 2014 à propos de 50 malades, a trouvé que l'âge moyen des malades était de 26 ans +/- 13 ans avec des tranches d'âges allant entre 21 et 30ans.

Dans notre étude, l'âge moyen des patients était de 31 ans avec des extrêmes allant de 02 à 94 ans, ce qui correspond aux données des autres études et de la littérature, donc les cellulites cervico-faciales prédominent dans la tranche d'âge jeune, mais peuvent survenir à n'importe quel âge.

*L'âge moyen*

*Les extrêmes d'âge*

L'étude de Marrakech	33,7 ans	Entre 16 et 67 ans
L'étude de Tlemcen	26 ans	Entre 21 et 30 ans
Notre étude	31 ans	Entre 02 et 94 ans

#### 1.B. Le sexe

L'étude de Marrakech [74] à propos de 40 cas montre une prédominance masculine avec pourcentage de 67,5% des cas et sexe ratio était de 2.07.

L'étude de Tlemcen [75] à propos de 50 cas a eu comme résultat une prédominance masculine avec 56% des cas et un sexe ratio de 1,27.

Dans notre étude, il y a une nette prédominance masculine (60% vs 40%) avec un sexe ratio de 1,5 ce qui rejoint les données des autres études et de la littérature.

La prédominance masculine est expliquée par la mauvaise hygiène bucco-dentaire fréquente chez l'homme due au tabagisme et l'alcoolisme [28].



Une meilleure réponse immunitaire chez la femme a été évoquée par plusieurs auteurs pour expliquer cette prédominance [76] [77].

#### 1.C. Le niveau socio-économique

L'étude de Marrakech [74] à propos de 40 cas montre que le niveau socio-économique était moyen dans 65% des cas, et le niveau bas était chez 35% des cas.

L'étude de Tlemcen [75] à propos de 50 cas, le niveau socio-économique moyen a représenté par 66% des cas, et un niveau bas était dans 34% des cas.

Nos résultats se rapprochent aux celles de Tlemcen [75] et Marrakech [74], on a compté 56% des cas de moyen niveau socio-économique, 24% de nos patients était de bas niveau socio-économique, et 20% des patients était de haut niveau socio-économique.

#### 1.D. Prise médicamenteuse antérieure :

L'étude de Lkadi Naima [78] à la faculté de médecine et pharmacie Marrakech au Maroc en 2011 à propos de 50 patients, montre que 58% des patients avaient déjà reçu un traitement avant leurs admissions avec 42% des cas ont pris des AINS (18% ont pris des AINS seuls), dans notre étude 84% des patients ont pris préalablement un traitement ; qui a été à base des AINS dans la majorité des cas (60%) (24% des AINS seuls) dont 48% sans prescription médicale (automédication).

La fréquence de prise des ATB avant la consultation par nos patients était de 60% des cas ; dont 36% associé à des anti-inflammatoires (CTC et/ou AINS) alors que les patients de la série de Marrakech [78] a trouvé 40% des cas ont pris des ATB ; dont 24% associé à des AINS.

La plupart des patients (60% des cas) ont pris de façon abusive des AINS (dont 48% automédication), occasionnant une diminution de la défense immunitaire ; favorisant la survenue et/ou l'aggravation de la CCF (facteur favorisant). Et pour cela elle est considérée comme un facteur favorisant et même aggravant des CCF, comme c'est démontré dans les autres études et décrit dans la littérature.

---



### 1.E. Les facteurs favorisant de la CCF :

La plupart des auteurs ont souligné le rôle favorisant de la mauvaise hygiène buccale, de la grossesse, du déficit immunitaire, des tares telles que le diabète et de la prise des anti-inflammatoires [79].

Dans notre population ; on a constaté que 20% des cas sont diabétiques, et une femme était enceinte soit de 4%, on retrouve également que 36% des patients qui ont présenté un déficit immunitaire (32% avec TBC ganglionnaire et 4% avec chimiothérapie), et 76% des cas avec mauvais hygiène bucco-dentaire.

Ce qui rejoint les données des autres études, L'étude de Tlemcen [75] à propos de 50 cas a constaté : 10% diabétiques ; 2% femme enceinte, 72% avec mauvais état hygiène bucco-dentaire. Et l'étude de Marrakech [78] à propos de 50 patients présente : 70% avec mauvais état bucco-dentaire, et 18% diabétiques.

### 1.F. La porte d'entrée :

L'étude de Marrakech [74] à propos de 40 cas, la porte d'entrée était connue dans 95% des cas, dont la première cause était dentaire avec 72,25%, et d'origine cutanée dans 12,5% des cas était la deuxième cause, et 5% de cellulites révélant une pathologie tumorale maxillaire et sinusienne.

Dans notre série et comme l'étude de Marrakech [74] la porte la plus fréquente était dentaire dans 56% des patients, tant que la deuxième porte d'entrée était pharyngée chez 9 malades et qui 36% de nos patients ce qui rejoint la littérature ; parmi ces patients 8 cas (88,9%) la cellulite cervicale était révélatrice d'une tuberculose ganglionnaire. Un seul cas (soit 4%) la porte d'entrée était indéterminée.

Nos résultats rejoignent la littérature qui décrit l'origine le plus fréquent était dentaire et pharyngée.

1.G. Délai de consultation :

	<i>Délai moyen de consultation</i>	<i>Les extrêmes</i>
<i>Mighri [35]</i>	<i>16,68</i>	<i>De 9 à 28 jours</i>
<i>L'étude de Marrakech [74]</i>	<i>8,8</i>	<i>De 1 à 210 jours</i>
<i>Notre série</i>	<i>11,25</i>	<i>De 1 à 30 jours</i>

L'allongement du délai de présentation en cas de traitement préalable est retrouvé dans la littérature, ce qui a été expliqué par les auteurs par un apparent soulagement faisant négliger l'évolution des cellulites d'où le risque majeur de leur aggravation.

1.H. Motif de consultation :

L'étude de Marrakech [74] à propos de 40 cas montre que la tuméfaction cervico-faciale représente le signe clinique révélateur dans tous les cas soit de 100%, et elle était douloureuse chez 87,5% des cas, ce qui est le cas dans notre étude avec 100% des cas qui ont présenté une tuméfaction cervico-faciale.



*Figure 23 : tuméfaction cervico-faciale*



---



### 1.I. Tableau clinique :

La tuméfaction cervico-faciale inflammatoire (douloureuse et rougeâtre) et indurée dans un contexte fébrile constitue la présentation clinique chez nos malades puisqu'elle est révélée presque de la totalité de nos patients (plus de 80% des cas) ; ici le cas dans plusieurs études comme l'étude de Marrakech [74] à propos de 40 cas, qui a retrouvé une tuméfaction cervico-faciale chez 100% des cas, douloureuse chez 87,5%.

Ce tableau clinique est associé à plusieurs signes fonctionnels : trismus dans 76%, torticolis dans 68%, dysphagie et dyspnée (20% et 12% respectivement), et fistule cutanée dans 12% des cas ; ce qui rejoint les autres études comme celle de l'étude de Marrakech [74] à propos de 40 cas qui montre 32,5% des cas avec trismus, dysphagie chez 10% des patients, dyspnée dans 7,5%, et fistule cutanée chez 27,5% des malades. Et concernant l'étude de Tlemcen [75] à propos de 50 cas a noté 48% avec trismus, 34% avec dysphagie et dyspnée chez 18% des cas.

### 1.J. Biologie :

L'étude de Marrakech [74] à propos de 40 cas montre une hyperleucocytose à PNN dans 55% des cas, une CRP faite systématiquement, avait objectivé une augmentation dans tous les cas, un bilan rénal était fait dans 12 cas et a trouvé une insuffisance rénale dans un cas (patient suivi pour IRC),

Dans notre série, une hyperleucocytose à PNN a été présente chez 64% des cas, un bilan inflammatoire a été réalisé (VS chez 44% et CRP chez 80%) objectivant un syndrome inflammatoire biologique (CRP augmenté dans 44% des cas et un VS accéléré dans 28%), un bilan rénal rénale correcte chez tous les patients, et une sérologie était faite dans 30% des cas vu le degré de l'urgence on ne pouvait pas retarder la prise en charge médico-chirurgicale.

Le bilan normal chez certains patients est expliqué par la prise médicamenteuse (les ATB) avant leurs admissions.

### 1.K. Etude Bactériologique :

Dans notre série les prélèvements bactériologiques ont été faite que chez 3 patients (12%), et aucun germe a été identifié. Contrairement de l'étude de Marrakech [74] à propos de 40 cas les prélèvements étaient faits dans 92,5% des cas avec une prédominance des streptococcus (30%) suivis de Staphylococcus (15%).

La réalisation des prélèvements chez nos patients était limitée pour 02 raisons principales :

- Le prélèvement était réalisé en général le soir d'où le problème de sa conservation et son acheminement vers le laboratoire
- La prise de traitement antérieur a la consultation entraine une décapitation de l'infection.



*Figure 24 : Prélèvement bactériologique d'une collection*

### 1.L. Imagerie :

La TDM est l'examen de choix, car elle permet de poser le diagnostic positif ; et fourni plusieurs éléments essentiels dans l'attitude thérapeutique.

Dans notre série la TDM a été réalisé chez 9 patients, soit 36% dont 88% des patients a été précédée d'une échographie cervicale, contrairement de l'étude de Marrakech [74] à propos de 40 patients qui trouve que 60% des patients ont bénéficié d'une TDM cervico-faciale pour poser le diagnostic.

A notre niveau l'échographie des parties molles était le premier examen réalisé (96% des cas) vu sa disponibilité et son moindre cout, dans les cas où les informations



apportées par cette dernière étaient insuffisantes ou quand on suspecte une complication un scanner cervico-thoracique a été demandé pour un meilleur apport diagnostique.

## 2. Prise en charge thérapeutique :

### 2.A. PEC médicale :

#### a. Antibiothérapie :

L'étude de Marrakech [78] à propos de 50 patients présente que 72% des patients ont reçu par voie intraveineuse une tri antibiothérapie (Augmentin + métronidazole + aminoside dans 89% des cas) ; (ceftriaxone métronidazole + aminoside dans 5,6% des cas), et dans 28% des cas ont traité avec une bi antibiothérapie (Augmentin + métronidazole)

Dans notre étude, 64% des patients ont reçu une bi antibiothérapie (Ceftriaxone + Métronidazole), et 34% des patients ont reçu une tri antibiothérapie (Ceftriaxone + Métronidazole + Aminoside). Nos résultats ne rejoignent pas celle de l'étude de Marrakech [78].

#### b. Corticothérapie :

48% de nos patients ont reçu une corticothérapie à dose de 80 mg/jour de prednisolone pendant 5 jours et après un drainage chirurgical.

Par contre l'étude de Marrakech [74] à propos de 40 patients, la corticothérapie a été prescrite dans tous les cas ; après une 48 heures d'antibiothérapie à dose de 1 mg/kg/j de prednisolone dans une durée moyenne de 3 jours.

### 2.B. PEC chirurgicale :

L'étude de Marrakech [74] à propos de 40 patients montre que 92,5% des cas ont bénéficié d'un drainage chirurgical ; tandis que 7,5% des patients ont bénéficié d'un traitement médical seul.

Au contraire de l'étude de Tlemcen [75] à propos de 50 cas ; 54% des patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical et 46% des cas ont bénéficié d'un traitement médical seul.



A notre niveau les résultats sont différents, 72% des cas ont bénéficié d'un drainage chirurgical dans un délai moyen de 10 jours, et le reste (28%) ont été traité médicalement, sans traitement chirurgical.

La variation des résultats est en rapport avec la variation des présentations cliniques, de diagnostic positif et donc l'indication chirurgicale, mais dans l'ensemble de notre série rejoint celle de Marrakech [74] dans le sens où la majorité des patients ont nécessité un drainage chirurgical.



### 3. Les limites :

Dès le début de notre travail est au long de la période de collecte des données on a se confronté avec plusieurs biais :

- La prise des ATB, avant la consultation à notre niveau, ce qui fausse les résultats de l'étude bactériologique des prélèvements.
- Le degré d'urgence des cellulites cervico-faciale dont le traitement chirurgical se fait durant la garde ne permet pas de faire des explorations biologiques plus avancée pour dégager les facteurs favorisants et déclenchants.
- Le faible accès à la TDM cervicale ce qui pousse à la demander avec parcimonie.
- La perte de vue des malades indisciplinés, et la négligence des contrôles médicaux (d'où la difficulté d'étudier l'évolution des patients)

### 4. Recommandation :

Au terme de ce travail, nous suggérons les recommandations suivantes :

Au Ministère de santé :

- Formation médicale continue des praticiens pour la reconnaissance des urgences les plus courantes, et les stratégies de la pris en charge ;
- Sensibilisation des praticiens aux dangers, règles de prescription et de suivi des antibiotiques.
- Dotation des hôpitaux des moyens dans le cadre de la prise en charge de ces pathologies (TDM ...).
- Limitation de la distribution des AINS et les CTC sans prescription médicale.
- Informatisation des dossiers médicales pour une meilleur organisation des soins.

Au personnel de Santé :

- Collaboration pluridisciplinaire doit être en premier plan pour une prise en charge adéquate.



- L'antibiothérapie ne doit pas être abusive, son usage doit être strict pour permettre la détection des germes.

- L'explication de la pathologie au patient et les risques de la prise des AINS et l'éducation thérapeutique

A la population :

- La sensibilisation des gens contre l'automédication et ces risques qui doit être proscrite (surtout les AINS)

- Promotion d'une bonne hygiène bucco-dentaire

- Consultation le plus tôt possible dès les premiers symptômes dans les structures de santé.



---

# CONCLUSION

---



## CONCLUSION

Les cellulites cervico-faciales (CCF) sont l'une des urgences médico-chirurgicales en ORL et en odontostomatologie, c'est une pathologie grave, mettant en jeu le pronostic vital avec une progression rapide et fatal en l'absence d'un diagnostic et d'un traitement précoces et adéquats.

Il s'agit d'infections sévères polymicrobiennes du tissu cellulo-adipeux de la face et du cou, souvent d'origine bucco-dentaire ou pharyngée. Il existe des facteurs favorisants, essentiellement la prise des AINS, l'ID et le diabète, qui jouent un rôle dans la propagation de l'infection à partir de la porte d'entrée, source de complications locales locorégionales et régionales.

Malgré les différentes formes cliniques, le tableau clinique est souvent dominé par une tuméfaction cervico-facial inflammatoire, douloureuse, dans un contexte fébrile associé à des signes locaux comme le trismus et le torticolis. L'évolution en l'absence de traitement adéquat se fait vers les complications soit par fistulisation, extension locorégional, médiastinite voir un état de choc septique et le décès.

Le diagnostic positif repose sur la clinique, mais il peut être confirmé par la TDM dans les cas difficiles et même pour le bilan d'extension. L'échographie des parties molles reste un examen capital pour le drainage échoguidé et pour orienter le diagnostic en cas d'absence de scanner. Le diagnostic microbiologique est retenu par l'étude bactériologique des prélèvements de la collection avec antibiogramme qui sont essentiels pour une antibiothérapie ciblée et adaptée, malheureusement elle est rarement faite, et même son résultat souvent faussé.

La prise en charge est médico-chirurgicale basée sur une antibiothérapie probabiliste à large spectre immédiate puis adaptée à l'antibiogramme associé au drainage chirurgical avec la mise à plat des collections ainsi que des lavages et pansements pluriquotidiens.





Le pronostic dépend d'une prise en charge médicale et chirurgicale précoces et adaptées sans oublier le traitement de la porte d'entrée et la correction des facteurs favorisants, malgré une prise en charge adéquate, les complications peuvent survenir d'où l'intérêt de la prévention surtout la prise en charge précoce des caries dentaires, et l'éviction de la prise abusive des AINS



---

# BIBLIOGRAPHIE

---



## BIBLIOGRAPHIE

- [1] P. Boscolo-Rizzo, C. Marchiori, F. Montolli, A. Vaglia, et M. C. Da Mosto, « Deep Neck Infections: A Constant Challenge », *ORL*, vol. 68, n° 5, p. 259-265, 2006, doi: 10.1159/000093095.
- [2] J. Mateo, F. Petipas, et D. Payen, « Dermohypodermes bactériennes nécrosantes et fasciites nécrosantes. Cellulites ORL », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, vol. 25, n° 9, p. 975-977, sept. 2006, doi: 10.1016/j.annfar.2006.03.019.
- [3] B. David, « Les cellulites d'origine dentaire: classification, étiologie, bactériologie et traitement, illustrations cliniques », 2005.
- [4] D. Mathieu, R. Nevier, C. Teillon, J. L. Chagnon, N. Lebleu, et F. Wattel, « Cervical necrotizing fasciitis: clinical manifestations and management », *Clin Infect Dis*, vol. 21, n° 1, p. 51-56, juill. 1995, doi: 10.1093/clinids/21.1.51.
- [5] C. Dubernard, S. Bellanger, G. Chambon, H. Léon, J.-H. Torres, et J. Lozza, « Cellulite d'origine dentaire engageant le pronostic vital : à propos d'un cas », *Med Buccale Chir Buccale*, vol. 15, n° 3, p. 119-125, 2009, doi: 10.1051/mbcb/2009010.
- [6] J. Miloundja *et al.*, « Cellulites cervico-faciales diffuses : 32 cas vus à Libreville », *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, vol. 21, n° 3, p. 153-157, janv. 2012, doi: 10.1684/san.2011.0256.
- [7] Y. Y. C. Hounkpe, G. B. Oussa, S. J. Vodouhe, M. J. Babagbeto, A. L. P. Medji, et S. K. Bassabi, « LES CELLULITES CERVICO-FACIALES », *Médecine d'Afrique Noire*, p. 6, 1990.
- [8] Y. Hansmann, « De quelles données a-t-on besoin aujourd'hui pour prendre en charge un érysipèle? Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge », *Médecine et Maladies Infectieuses*, vol. 30, p. 280s-290s, nov. 2000, doi: 10.1016/S0399-077X(01)80015-9.
- [9] J.-P. Blancal *et al.*, « Prise en charge des cellulites cervicofaciales en réanimation », *Réanimation*, vol. 19, n° 4, p. 297-303, juin 2010, doi: 10.1016/j.reaurg.2010.04.001.
- [10] « Plancher buccal – Dermatologie buccale ». <https://dermatologiebuccale-nice.fr/anatomie-et-histologie-de-la-muqueuse-buccale/anatomie-topographique-de-la-cavite-orale/plancher/> (consulté le 10 septembre 2022).
- [11] « Le cou (L. collum, cervix) | Fascias du cou ». <http://www.bdyweb.net/fascias-du-cou/> (consulté le 10 septembre 2022).
- [12] K. DIARRA, « Les cellulites cervicales diffuses Aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique dans le service ORL-CCF du CHU Gabriel TOURE », p. 118.
- [13] visiperf, « Cours Ostéopathie : La Loge Viscérale du Cou | Osteopathe Paris 2 », *Ostéopathe Paris 2*, 4 décembre 2015. <https://osteopatheparis2.com/cours-dosteopathie-sur-la-loge-viscerale-du-cou-par-votre-cabinet-dosteopathe-paris.html> (consulté le 10 septembre 2022).



- [14] « Gaine carotidienne ». [https://stringfixer.com/fr/Carotid\\_sheath](https://stringfixer.com/fr/Carotid_sheath) (consulté le 10 septembre 2022).
- [15] C. Auboyer, D. Charier, R. Jospé, P. Mahul, et S. Molliex, « Celulitis, fascitis, miositis y gangrena gaseosa », *EMC - Anestesia-Reanimación*, vol. 27, n° 4, p. 1-12, janv. 2001, doi: 10.1016/S1280-4703(01)71814-2.
- [16] MBOUPN, « Bactériologie des cellulites péri maxillaires d'origine dentaire », *chir.Dent, DAKAR*, 1994.
- [17] « Peron J.M. and Mangez, J.F. (2002) Cellulites et fistules d'origine dentaire. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Stomatologie/Odontologie, 22-033-A-10, 14 p. - References - Scientific Research Publishing* ». <https://www.scirp.org/%28S%28lz5mqp453edsnp55rrgjt55%29%29/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2738710> (consulté le 10 septembre 2022).
- [18] H. Kooli, C. Mbarek, A. Ghorbel, H. Tiouiri, O. Trabelsi, et N. Shiri, « Les cellulites cervicales », 2002.
- [19] H. Reyhler et J. M. Chausse, « Pathologie infectieuse d'origine dentaire », in *Traité de pathologies buccales et maxillo-faciales*, Bruxelles: De Boeck Université, Bruxelles, 1991, p. 1263-1286.
- [20] C. A. B. TINE, « Les aspects cliniques et thérapeutiques des cellulites péri maxillaires dans la région de Dakar », Thèse Chir. Dent., Dakar, Dakar, 2004.
- [21] C. BADIANE, « Aspects cliniques et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire : étude prospective de 55 cas réaliséq dans les services de stomatologie et d'ORL du CHU Le Dantec (Dakar) », *Chirurgie dentaire, Cheikh Anta Diop - faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie, Dakar*, 2001.
- [22] A. Ouafae, « Cellulites cervico-faciales diffuses : à propos de 60 cas », Thesis, 2016. Consulté le: 11 septembre 2022. [En ligne]. Disponible sur: <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/handle/123456789/15156>
- [23] D. Herrera, S. Roldán, et M. Sanz, « The periodontal abscess: a review », *J Clin Periodontol*, vol. 27, n° 6, p. 377-386, juin 2000, doi: 10.1034/j.1600-051x.2000.027006377.x.
- [24] F. VIDAL, « Grossesse et tabac: répercussions bucco-dentaires », *Chir. Dent., Lille 2*, 1999.
- [25] N. Davido, F. Barère, et K. Yasukawa, « Cellulites faciales odontogènes de l'adulte : prise en charge médico-chirurgicale », *L' Information dentaire*, vol. 93, p. 75-82, mai 2011.
- [26] A. Gaillard, « Cellulites et fistules d'origine dentaire », *Encycl méd*, p. 12, févr. 1989.
- [27] T. Sugata, Y. Fujita, Y. Myoken, et Y. Fujioka, « Cervical cellulitis with mediastinitis from an odontogenic infection complicated by diabetes mellitus: report of a case », *J Oral Maxillofac Surg*, vol. 55, n° 8, p. 864-869, août 1997, doi: 10.1016/s0278-2391(97)90352-9.



- [28] S. Benzarti *et al.*, « Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire: a propos de 150 cas », *Journal Tunisien d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale*, vol. 19, 2007, doi: 10.4314/jtdorl.v19i1.57887.
- [29] B. Lanisnik et B. Cizmarevic, « Necrotizing fasciitis of the head and neck: 34 cases of a single institution experience », *Eur Arch Otorhinolaryngol*, vol. 267, n° 3, p. 415-421, mars 2010, doi: 10.1007/s00405-009-1007-7.
- [30] C. E. Flanagan, O. O. Daramola, R. H. Maisel, C. Adkinson, et R. M. Odland, « Surgical debridement and adjunctive hyperbaric oxygen in cervical necrotizing fasciitis », *Otolaryngol Head Neck Surg*, vol. 140, n° 5, p. 730-734, mai 2009, doi: 10.1016/j.otohns.2009.01.014.
- [31] S. Rouadi *et al.*, « Les cellulites cervico-faciales à propos de 130 cas », *Pan Afr Med J*, vol. 14, p. 88, mars 2013, doi: 10.11604/pamj.2013.14.88.1477.
- [32] S. Thiebaut, C. Duvillard, P. Romanet, et M. Folia, « [Management of cervical cellulitis with and without mediastinal extension: report of 17 cases] », *RevLaryngol Otol Rhinol (Bord)*, vol. 131, n° 3, p. 187-192, 2010.
- [33] G. LAROQUE *et al.*, « L'antibiothérapie probabiliste des cellulites perimaxillaires au Sénégal », *Médecine d'Afrique Noire*, vol. 40(11), p. 662-665, 1993.
- [34] G. OGOULIGENDE INDJELE, « Cellulite Cervicale extensive : une expérience de prise en charge orl sur 21 cas », université de Bamako ; faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie, 2006.
- [35] K. Mighri, F. Amari, N. [et al Sfar, et W. Essid, « Les Cellulites cervico-faciales », 2002, Consulté le: 11 septembre 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.pist.tn/record/140506?ln=ar>
- [36] V. Fihman *et al.*, « Cervical necrotizing fasciitis: 8-years' experience of microbiology », *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, vol. 27, n° 8, p. 691-695, août 2008, doi: 10.1007/s10096-008-0491-9.
- [37] B. Ngouoni et E. Makosso, « Intérêt de la tomodensitométrie dans la prise en charge des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire », *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-facial*, vol. 15(4), p. 34-37, 2008.
- [38] N. K. Panda, S. Simhadri, et S. R. Sridhara, « Cervicofacial necrotizing fasciitis: can we expect a favourable outcome? », *J Laryngol Otol*, vol. 118, n° 10, p. 771-777, oct. 2004, doi: 10.1258/0022215042450698.
- [39] C. Bertolus, « Cellulite cervico-faciale », p. 8, 2011.
- [40] B. Yves et C. Edouard, *Urgences dentaires et médicales. Conduites à tenir - Prévention chez le patient à risque -*, Cellulites de Bruno Courier, Rafael Toledo-Arenas et Nicolas Davido., vol. Chapitre 12. 2007. Consulté le: 11 septembre 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.decite.fr/livres/urgences-dentaires-et-medicales-9782843611148.html>
- [41] J. Bedos et R. Gauzit, « Infections graves des parties molles », *Antibiothérapie probabiliste des états septiques graves*.



- [42] Y. Y. C. Hounkpe, G. B. Oussa, S. J. Vodouhe, M. J. Babagbeto, A. L. P. Medji, et S. K. Bassabi, « LES CELLULITES CERVICO-FACIALES », *Médecine d'Afrique Noire*, p. 6, 1990.
- [43] H. Bissa *et al.*, « Aspects épidémiologiques et bactériologiques des cellulites cervico-faciales au CHU Sylvanus Olympio de Lomé », *La Revue africaine d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale*, vol. Vol 14, p. 32-36, janv. 2014.
- [44] D. CAMARA, « Cellulites cervico-faciales et infection à VIH dans le service de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale du CHU-CNOS de Bamako : à propos de 24 cas. », UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE, République du Mali, 2018. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.keneya.net/fmpos/odonto/pdf/18ODjomantene%20CAMARA.pdf>
- [45] J. W. Lee, S. B. Immerman, et L. G. T. Morris, « Techniques for early diagnosis and management of cervicofacial necrotising fasciitis », *J Laryngol Otol*, vol. 124, n° 7, p. 759-764, juill. 2010, doi: 10.1017/S0022215110000514.
- [46] F. Vieira, S. M. Allen, R. M. S. Stocks, et J. W. Thompson, « Deep neck infection », *Otolaryngol Clin North Am*, vol. 41, n° 3, p. 459-483, vii, juin 2008, doi: 10.1016/j.otc.2008.01.002.
- [47] T. Sarna, T. Sengupta, M. Miloro, et A. Kolokythas, « Cervical necrotizing fasciitis with descending mediastinitis: literature review and case report », *J Oral Maxillofac Surg*, vol. 70, n° 6, p. 1342-1350, juin 2012, doi: 10.1016/j.joms.2011.05.007.
- [48] J. La Rosa, S. Bouvier, et O. Langeron, « Prise en charge des cellulites maxillofaciales », *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, vol. 12, n° 5, p. 309-315, oct. 2008, doi: 10.1016/j.pratan.2008.09.001.
- [49] R. A. Rakotoarison, N. P. Ramarozatovo, F. A. Rakoto, et F. J. Rakotovoao, « Cellulites cervico-faciales : à propos de 41 cas », *Med Buccale Chir Buccale*, vol. 14, n° 1, Art. n° 1, 2008, doi: 10.1051/mbcb/2008012.
- [50] I. Serghini *et al.*, « Médiastinite compliquant une cellulite cervicale à porte d'entrée dentaire: à propos d'un cas et revue de la littérature », *The Pan African Medical Journal*, vol. 8, n° 25, Art. n° 25, mars 2011, doi: 10.11604/pamj.2011.8.25.392.
- [51] I. C. Cogan, « Necrotizing mediastinitis secondary to descending cervical cellulitis », *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, vol. 36, n° 3, p. 307-320, sept. 1973, doi: 10.1016/0030-4220(73)90207-7.
- [52] « Lésions dentaires et gingivales », *Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*, p. 31.
- [53] H. Ranerison, « Cellulites cervico-faciales extensives et anti-inflammatoires non stéroïdiens », 2000.
- [54] « cervico-faciale diffuse », *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, vol. 104(5), p. 285-289, 2003.
- [55] B. Laure, J. Tiguemounine, A. Picard, et D. Goga, « Abscess intra-orbitaire d'origine dentaire », *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale*, vol. 105, n° 2, p. 125-129, avr. 2004, doi: 10.1016/S0035-1768(04)72290-1.



- [56] H. Wolf, M. Rusan, K. Lambertsen, et T. Ovesen, « Necrotizing fasciitis of the head and neck », *Head Neck*, vol. 32, n° 12, p. 1592-1596, déc. 2010, doi: 10.1002/hed.21367.
- [57] R. Ord et D. Coletti, « Cervico-facial necrotizing fasciitis », *Oral Dis*, vol. 15, n° 2, p. 133-141, mars 2009, doi: 10.1111/j.1601-0825.2008.01496.x.
- [58] H. Oguz, M. Demirci, N. Arslan, M. A. Safak, et G. Paksoy, « Necrotizing fasciitis of the head and neck: Report of two cases and literature review », *Ear Nose Throat J*, vol. 89, n° 2, p. E7-10, févr. 2010.
- [59] P. W. Gidley, B. Y. Ghorayeb, et C. M. Stiernberg, « Contemporary management of deep neck space infections », *Otolaryngol Head Neck Surg*, vol. 116, n° 1, p. 16-22, janv. 1997, doi: 10.1016/s0194-5998(97)70345-0.
- [60] F. Bados *et al.*, « Cellulites cervico-faciales diffuses à propos de 15 cas », *Rev Stomato Chir Maxillofac*, vol. 98(4), p. 266-268, 1997.
- [61] J. C. de-Vicente-Rodríguez, « Maxillofacial cellulitis », *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, vol. 9 Suppl, p. 133-138; 126-133, 2004.
- [62] P. Gehanno, J. L. Saint-Guily, B. Régnier, et F. Vachon, « [Cellulitis of the neck due to anaerobic germs: report of 10 cases (author's transl)] », *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac*, vol. 99, n° 1-2, p. 41-46, 1982.
- [63] D. Voros, C. Pissiotis, D. Georgantas, S. Katsaragakis, S. Antoniou, et J. Papadimitriou, « Role of early and extensive surgery in the treatment of severe necrotizing soft tissue infection », *Br J Surg*, vol. 80, n° 9, p. 1190-1191, sept. 1993, doi: 10.1002/bjs.1800800943.
- [64] M. K. Park, R. A. Myers, et L. Marzella, « Oxygen tensions and infections: modulation of microbial growth, activity of antimicrobial agents, and immunologic responses », *Clin Infect Dis*, vol. 14, n° 3, p. 720-740, mars 1992, doi: 10.1093/clinids/14.3.720.
- [65] D. Christmann et coll, « Erysipèle et fasciite nécrosante: prise en charge », *Ann Dermatol Venerol*, vol. 128, p. 463-82, 2003.
- [66] CAVIZZIM et J. G. DUCROT, « Antibiothérapie en pathologie bucco-dentaire », Belgique, 1997.
- [67] Afssaps, « Prescription des antibiotiques en odontologie et stomatologie », *Med Buccale Chir Buccale*, vol. 9, n° 1, p. 49-55, 2003, doi: 10.1051/mbcb/2003004.
- [68] A. Ouazzani, D. Dequanter, F. Buttafuoco, P. Raynal, et P. Lothaire, « [Cervical necrotizing fasciitis arising from dental abscess: a rare clinical observation] », *Rev Med Brux*, vol. 30, n° 2, p. 99-105, avr. 2009.
- [69] G. K. Sandor, D. E. Low, P. L. Judd, et R. J. Davidson, « Antimicrobial treatment options in the management of odontogenic infections », *J Can Dent Assoc*, vol. 64, n° 7, p. 508-514, août 1998.
- [70] H. CATHERINE, B. Lefevre, L. Nawrocki, et J.-H. Torr, « Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires », *Med Buccale Chir Buccale*, vol. 18, n° 3, p. 251-314, août 2012, doi: 10.1051/mbcb/2012027.





- [71] R. Nicot *et al.*, « Les anti-inflammatoires aggravent-ils les cellulites faciales d'origine dentaire ? », *Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-faciale et de Chirurgie Orale*, vol. 114, n° 5, p. 304-309, nov. 2013, doi: 10.1016/j.revsto.2013.07.011.
- [72] A.-H. Dédjan, N.-E. Haraj, S. El Aziz, et A. Chadli, « Les cellulites cervico-faciales chez le diabétique », *Médecine des Maladies Métaboliques*, vol. 10, n° 4, p. 309-313, juin 2016, doi: 10.1016/S1957-2557(16)30117-1.
- [73] G. Chaby *et al.*, « Dressings for acute and chronic wounds: a systematic review », *Arch Dermatol*, vol. 143, n° 10, p. 1297-1304, oct. 2007, doi: 10.1001/archderm.143.10.1297.
- [74] M. A. HAOUANE, « Les cellulites cervico-faciales Expérience du service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie hôpital militaire Avicenne Marrakech », Cadi Ayad, 2018.
- [75] A. M. Souheyla, B. M. Zoheir, et Z. K. Djamel, « Aspects cliniques et thérapeutiques des cellulites cervico faciales d'origine dentaire au niveau du CHU Tlemcen », p. 121.
- [76] P. Romain, P. Schmidt, H. Hannion, A. Tarnec, F. Chalumeau, et M. Legros, « Cellulites cervico-faciales gangreneuses d'origine dentaire (à propos de 11 cas) | Semantic Scholar », *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, vol. 90(6), p. 428-39, 1989.
- [77] C. Rose, C. Tellion, F. Ferri, et M. Donazzan, « [Severe diffuse facial cellulitis] », *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, vol. 98, n° 4, p. 269-271, oct. 1997.
- [78] N. LKAD, « LES CELLULITES CERVICALES: A PROPOS DE 50 CAS », CADI AYYAD - FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MARRAKECH, 2011.
- [79] E. Kpemissi, « [Cervico-facial cellulitis of oral and dental origin: study of 26 cases at the Lomé University Hospital] », *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*, vol. 116, n° 3, p. 195-197, 1995.





---

# ANNEXES

---

# ANNEXES

## Cellulite cervico-faciale

Dossier n° :

Date d'hospitalisation :

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe : M  F

Poids :

Taille :

BMI :

Travail :

Facteurs favorisants :

Prise médicamenteuse :

Médication	OUI	Prescrit		Type	Posologie
		Oui	Non		
ATB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
AIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
AINS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Antécédents généraux :

- Diabète : Oui  Insulino-dépendant  Non insulino-dépendant   
Non
- HTA : Oui  Non
- Immunodéprimé : Oui  Type :  
Non
- Malnutrition : Oui  Non
- Grossesse : Oui  Non
- Hygiène bucco-dentaire : Bonne  Défectueuse

Porte d'entrée :

- Dentaire  - Cutanée  - Amygdalienne
- Pharyngée  - Sous-maxillaire  - Indéterminée



Motif de consultation :

Durée de consultation :

Signes fonctionnels / physique :

- Douleur cervicale
- Tuméfaction
- Fistule
- Trismus
- Fièvre
- Dyspnée
- Empatement cervical
- Tor lis
- Dysphagie
- Rougeur
- A

Examen clinique :

Examen général :

- Température : - 38° c  - 38.5° c  - 39° c  - 39.5° c  - 40° c  si plus
- Tension artérielle : - Hypotension  - Normo-tension  - Hypertension
- Fréquence cardiaque : - Bradycardie  - Rythme normale  - Tachycardie
- Fréquence respiratoire : - Bradypnée  - Eupnée  - Polypnée

Examen local :

- Tuméfaction cervicale  - Tuméfaction faciale  - Inflammation
- Douleur à la palpation  - fistulisation  - Induration
- Siège :
- Extension : - Thoracique  - Facial  - Cervicale
- Signes de gravité : - Médiastinite  - Douleur thoracique

Examen biologique :

- FNS (Nombre des globules blancs) : - Hyperleucocytose
- Normo-leucocytose
- Leucopénie
- CRP :
- VS :
- Glycémie :
- Sérologie HIV : - Positive  - Négative



- Bilan rénal :
- Etude bactériologique :
  - Prélèvement : - Fait  - Avant ATB  - Après   
- Non
  - Antibiogramme :
    - La souche :

Examen radiologique :

- TLT : - Faite  - Non 
  - Résultat :
  
- TDM : - Faite  - Non 
  - Résultat :
  
- Echographie : - Cellulite simple  - Cellulite diffuse  - Collection 
  - Adénopathies réactionnelles  - Adénite

Diagnostic

Diagnostic positif : - Cellulite localisée  - Cellulite diffuse

Prise en charge :

- Antibiothérapie :
  - Type :
  - Dose :
  - Délai :
- Corticothérapie : - Faite  - Non  - Durée :



- Réanimation : - Faite  - Non 
  - Type :
  - Cause :
  - Délai :
- Chirurgie :
  - Drainage : - Durée :
  - Trachéotomie : ite n

Evaluation :

- Disparition des signes clinique :
  - Délai :
- Complications : - Oui  - Non 
  - Type :





SAHRAOUI Imane



## Cellulite cervico-faciale

### ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE PROSPECTIVE 07 MOIS

### EPH MOHAMMED BOUDIAF

Mémoire de fin d'études pour l'obtention du doctorat en médecine

#### Résumé

**Introduction :** La cellulite cervico-faciale est une urgence médico-chirurgicale, de progression rapide et fatale en l'absence de diagnostic et de traitement précoces et adéquats. A cet intérêt, notre objective est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales.

**Matériels et méthodes :** Notre étude prospective descriptive de 07 mois du 12/12/2021 au 12/07/2022 rapporte une série de 25 cas de cellulites cervico-faciales présent en charge au niveau du service d'ORL de l'EPH Mohamed Boudiaf Ouargla.

**Résultats :** L'étude comportait 10 femmes et 15 hommes dont l'âge varie entre 02ans et 94ans, avec une moyenne de 31ans. La tranche d'âge la plus touchée était entre 16 et 30ans. Les facteurs favorisants étaient nettement présents chez nos patients : mauvais état buccodentaire (76%), immunodépression (36%) et diabète (20%). La porte d'entrée été à 56% dentaire et à 36% pharyngée. 84% des malades ont reçu un traitement avant leur admission (AINS dans 60%). Le délai moyen de consultation était de 11,25 jours. Le motif de consultation était une tuméfaction cervico-faciale douloureuse dans tous les cas, fébrile dans 80%. L'échographie a été fait dans 96%, complété par une TDM chez 36%. 68% ont eu une cellulite collectée, et seulement 08% ont eu une cellulite diffuse. La TDM n'a objectivé aucun cas d'extension médiastinale, mais 16% ont eu une extension aux espaces profonds et 08% une atteinte parotidienne. Les prélèvements bactériologiques ont été faits chez 12% des patients, revenants sans identification du germe en cause.

Tous nos malades ont bénéficié d'une antibiothérapie probabiliste à large spectre, dont 72% ont bénéficié d'un drainage chirurgical.

**Conclusion :** les cellulites cervico-faciales représentent une pathologie assez fréquente et grave, dont même un traitement précoce et bien conduit ne peut garantir l'amélioration du pronostic, il n'en demeure pas moins que le meilleur traitement est la prévention.

Mots clés : Cellulites / cervicale / faciale / AINS / complications/

Encadreur : Dr NAAMANI Aicha Salam

Année universitaire  
2021-2022