

# Cellulites cervico-faciales diffuses d'origine dentaire : à propos de 60 cas

## *Diffuse cervico-facial cellulitis of dental origin: about a 60 case study*

ALI EL AYOUBI<sup>1</sup>, FAHD EL AYOUBI<sup>1</sup>, EMMANUEL MAS<sup>2</sup>, AHMED GUERTITE<sup>1</sup>,  
MOHAMED BOULAÏCH<sup>1</sup>, LAÏLA ESSAKALLI<sup>1</sup>, ANAS BENBOUZID<sup>1</sup>, MOHAMMED KZADRI<sup>1</sup>

### RÉSUMÉ

**Objectif :** Les cellulites cervico-faciales diffuses restent des affections encore très graves, seule une prise en charge précoce et multidisciplinaire permet d'espérer un bon pronostic. L'objectif de notre étude rétrospective est d'étudier les différents aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques, évolutifs et préventifs de ces pathologies, tout en comparant nos résultats aux données de la littérature.

**Patients et méthodes :** Notre étude porte sur 60 cas de cellulites cervico-faciales d'origine dentaire hospitalisés dans le service d'ORL et de Chirurgie maxillofaciale de l'Hôpital des Spécialités de Rabat sur une période de 4 ans, entre janvier 2005 et décembre 2008. Les facteurs favorisants ont été étudié et analysé statistiquement par la méthode analyse de la variance.

**Résultats :** L'analyse de nos dossiers a trouvé que cette pathologie touche les hommes plus que les femmes, avec une moyenne d'âge de 29 ans. Les facteurs favorisants ont été étudié et analysé statistiquement par la méthode analyse de la variance, qui a permis de les classer en trois niveaux selon leur importance : la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et la mauvaise hygiène bucco-dentaire en 1<sup>er</sup> niveau, ensuite le diabète en 2<sup>e</sup> niveau, et au 3<sup>e</sup> niveau l'extraction dentaire ainsi que la tentative d'extraction dentaire. Les dents les plus souvent en cause étaient des molaires mandibulaires avec un taux de 85,7 %. La prise en charge thérapeutique a permis une évolution favorable dans 98,3 % des cas mais, dans un cas, l'évolution a été marquée par la survenue de complications ayant entraîné le décès.

**Conclusion :** La précocité du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique doit être pluridisciplinaire (médecine, chirurgie et parfois réanimation) pour permettre d'espérer une guérison sans complications ou séquelles. (**Med Buccale Chir Buccale 2009 ; 15: 127-135**).

**mots clés :** cellulite diffuse, dent, facteurs favorisants

### SUMMARY

**Objective:** Diffuse cervico-facial cellulitis remains a severe disease, only an early management and multidisciplinary covering may lead to a good prognosis. The aim of our retrospective work is to study the various epidemiological, clinical, paraclinical, therapeutic, evolution and prevention aspects of these diseases, while comparing our results to literature data.

**Patients and methods:** Our study involves 60 cases of diffuse cervicofacial cellulitis of dental origin, hospitalized at the department of ENT and maxillofacial surgery at the Specialties Hospital in Rabat, over a period of 4 years between January 2005 and December 2008. The factors have been studied and analyzed statistically by the variance analysis method.

**Results:** The analysis of our records has shown that this disease affects men more than women, with an average

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

vol. 15, n° 3  
2009

page 127

1. Service d'ORL et de Chirurgie maxillofaciale Hôpital des Spécialités CHU Rabat

2. Service d'ORL et de Chirurgie cervicofaciale Hôpital Gui de Chauliac CHU Montpellier

#### Demande de tirés à part:

Ali El Ayoubi 31 rue Immame El Ghazzali Souissi Rabat Maroc alineijou@hotmail.com

Accepté pour publication le 30 juin 2009

age of 29. The factors have been studied and analyzed statistically with the variance analysis method, which allowed us to classify them into three levels according to their importance: The anti-inflammatory drugs and poor oral hygiene in 1st level, then diabetes in 2nd level and in 3rd level there is the tooth extraction as well as the attempt to tooth extraction. The teeth most frequently involved were mandibular molars with a rate of 85.7%. The treatment led to a positive change in 98.3% of cases but, in one case, the evolution was marked by the appearance of complications leading to death.

**Conclusion:** An early diagnosis and multidisciplinary treatment (medical, surgical and sometimes recovery) allow a cure without complications or after-effects. (**Med Buccale Chir Buccale 2009 ; 15: 127-135**).

**key words:** diffuse cellulitis, tooth, promoting factors

La cellulite cervicofaciale d'origine dentaire est une infection des tissus cellulo-adipeux de la face et/ou du cou ayant pour origine un organe dentaire ou des éléments périodontaires. Elle constitue l'une des plus graves urgences infectieuses en ORL.

Cette complication infectieuse est désignée par les auteurs anglo-saxons sous le terme de fasciite nécrosante, bien que toutes les cellulites cervicofaciales ne répondent pas à cette dernière définition. En effet, la fasciite nécrosante n'est qu'une des formes, certes la plus grave, de ces cellulites. La plupart des formes observées sont des cellulites aiguës circonscrites (séreuses ou suppurées) ou des cellulites subaiguës ou chroniques. Cependant, parfois, l'infection va s'étendre rapidement, de façon très brutale, sans tendance à la limitation spontanée, dépassant l'espace anatomique de départ. On parle alors de cellulites diffuses.

Parmi les cellulites cervicofaciales diffuses, la cellulite diffuse vraie correspond à une infection du tissu cellulo-graisseux qui intéresse d'emblée tout un secteur de la face, alors que la cellulite diffusée se manifeste par une extension progressive d'une cellulite circonscrite dont le traitement est inadapté ou inexistant, à la faveur d'un fléchissement des défenses de l'organisme (diabétiques, immunodéprimés...). En fait, ces deux catégories de cellulites sont le plus souvent englobées sous le terme de cellulite diffuse, car elles ont toutes les deux les mêmes caractères gravissimes.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

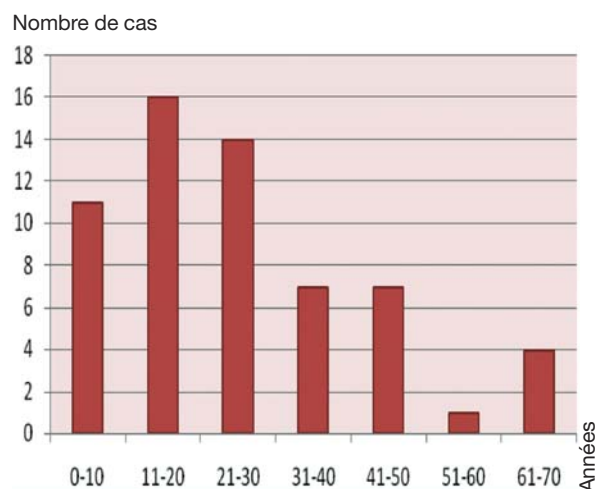
Une étude rétrospective a été menée dans le service d'ORL et de Chirurgie maxillofaciale de l'Hôpital des Spécialités du CHU Rabat-Salé, sur une période

de 4 ans, entre janvier 2005 et décembre 2008. Elle a permis de recenser 60 cas de cellulites diffuses cervicofaciales d'origine dentaire prises en charge durant cette période.

L'étude des dossiers a porté sur les différents éléments suivants : l'identité des patients, la date d'hospitalisation, leurs antécédents, le délai de consultation et le traitement pris durant cette période, les signes cliniques, l'imagerie, le bilan biologique (ionogramme avec glycémie à jeun et numération de la formule sanguine), l'étude bactériologique, la prise en charge thérapeutique et l'évolution. Les facteurs favorisants ont été étudiés et analysés statistiquement par la méthode analyse de la variance.

## RÉSULTATS

### Sexe et âge (Fig. 1)



**Figure 1 :** Répartition des patients en fonction de leur âge.

*Distribution of patients according to their age.*

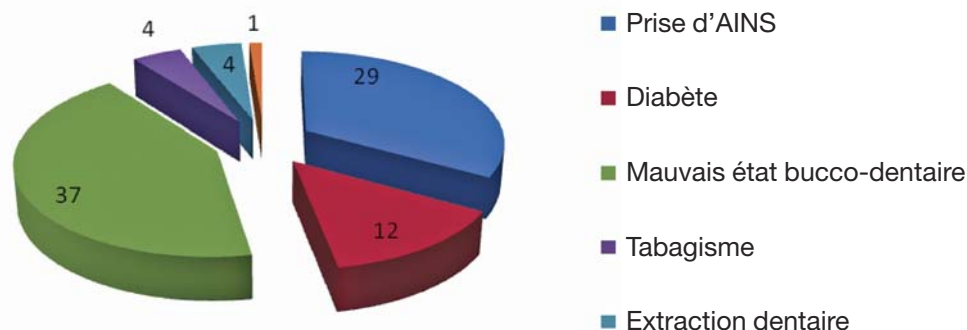
Notre série est composée de 32 hommes (53 % des cas) et 28 femmes (47 % des cas), dont l'âge varie entre 4 ans et 70 ans, avec une moyenne d'âge de 29 ans.

### Facteurs favorisants (Fig. 2)

Douze patients étaient diabétiques, la cellulite a été la circonstance de découverte du diabète chez 3 patients. Quatre patients ont rapporté la notion de tabagisme, 4 ont eu une extraction dentaire, un patient a eu une tentative d'extraction dentaire, et 37 présentaient un mauvais état bucco-dentaire. Vingt neuf patients avaient pris des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) associés dans 18 cas à des antibiotiques, et un seul patient était sous anti-inflammatoire stéroïdien (corticoïde).

Avec la méthode statistique d'analyse de la variance, on a pu comparer les différents facteurs favorisants la diffusion des cellulites cervico-faciales (Tab. 1). Dans un premier temps, on a démontré que les effets de l'ensemble des facteurs favorisants étaient différents du point de vue statistique. Ensuite,

pour classer ces facteurs favorisants selon leur capacité à générer et/ou à favoriser la diffusion des cellulites cervico-faciales, on a procédé comme suit : on a comparé entre les facteurs favorisants prédominants, à savoir la prise d'AINS et la mauvaise hygiène bucco-dentaire. On a trouvé que ces deux facteurs avaient des effets statistiquement équivalents et qu'ils représentent le 1<sup>er</sup> niveau comme facteurs favorisants des cellulites cervico-faciales. Ensuite, on a comparé la prise d'AINS et le diabète : on a prouvé que leurs effets sont statistiquement différents, que le diabète est un facteur favorisant moins important que la prise d'AINS, et donc situé à un niveau plus bas par rapport à la prise d'AINS (facteur favorisant de 2<sup>e</sup> niveau). Puis on a réalisé une comparaison entre le diabète et l'extraction dentaire qui a permis de conclure que le diabète est un facteur statistiquement plus favorisant que l'extraction dentaire. Enfin, on a comparé l'extraction dentaire, le tabagisme, et la tentative d'extraction dentaire : ces trois facteurs ont des effets statisti-



**Figure 2 :** Répartition des patients en fonction des facteurs favorisants.

*Distribution of patients according to promoting factors.*

**Tableau 1 :** Classification statistique des facteurs favorisants selon leur importance.

*Statistical classification of promoting factors according to their importance.*

Niveau 1	Mauvaise hygiène bucco-dentaire	Prise d'AINS	
Niveau 2		Diabète	
Niveau 3	Extraction dentaire	Tabagisme	Tentative d'extraction

quement identiques, et sont alors situés au 3<sup>e</sup> niveau.

### Traitement préalable

Vingt deux patients (soit 36,6 %) avaient consulté sans avoir recours à une prise médicamenteuse quelconque. Trente huit patients (soit 63,4 %) avaient été prémédiqués avant de consulter, le traitement a été délivré par un médecin, un chirurgien dentiste, un pharmacien ou pris en automédication. Parmi ces 38 cas, 18 (30 %) patients avaient pris un anti-inflammatoire non stéroïdien associé à un antibiotique, 11 (18,3 %) patients avaient pris un anti-inflammatoire non stéroïdien seulement, 8 (13,3 %) patients avaient pris un antibiotique seul, 1 (1,6 %) patient avait pris un anti-inflammatoire stéroïdien (corticoïde).

### Clinique (Tab. 2)

Le délai de consultation a varié de 3 à 11 jours avec une moyenne de 6 jours. La symptomatologie clinique a été dans tous les cas une tuméfaction

inflammatoire cervicale et /ou faciale, douloureuse, associée à un état fébrile. L'état général était altéré chez 4 patients. Les signes associés : trismus dans 36 cas, dysphagie dans 6 cas, œdème du plancher buccal dans 4 cas, fistule cutanée sous-mandibulaire dans 3 cas, empâtement cervical dans 3 cas, douleur thoracique supérieure dans 1 cas, œdème palpébral dans 9 cas, crépitation sous-cutanée dans 2 cas, et extension médiastinale du processus cellulitique dans 3 cas.

### Imagerie

Le bilan radiologique a reposé sur :

- Une tomodensitométrie cervico-faciale avec des coupes intéressant le médiastin a été réalisée dans 43 (71,6 %) cas.
- Un cliché panoramique dentaire dans 28 (46,6%) cas (Fig. 3).

Il a montré une radiotransparence périapicale avec une carie sur la dent causale. Cet aspect a été noté dans 26 cas, dans 85,7 % des cas, il s'agissait des

**Tableau 2 :** Principaux signes cliniques présentés par les patients lors de leur admission aux urgences.  
*Main patients clinical symptoms upon admission to emergencies.*

Signes cliniques	Nombre de cas	Pourcentage
Altération de l'état général	4	6,7 %
Trismus	36	60 %
Dysphagie	6	10 %
Œdème du plancher buccal	4	6,7 %
Fistule cutanée sous-mandibulaire	3	5 %
Empâtement cervical	3	5 %
Douleur thoracique supérieure	1	1,7 %
Œdème palpébral	9	15 %
Crépitation sous-cutanée	2	3,3 %
Extension médiastinale	3	5 %



**Figure 3 :** Radiographie panoramique montrant une image périapicale de la 37.

*Panoramic radiograph showing periapical image at the 37.*

molaires inférieures (36, 37, 38, 46, 47, et 48). Chez 4 patients, les dents en cause étaient : une prémolaire inférieure pour 1 patient, et des molaires supérieures pour les 3 autres patients.

La TDM a montré dans la plupart des cas des images typiques de cellulite cervico-faciale dans sa forme phlegmoneuse, c'est-à-dire un épaississement des parties molles, avec la présence de collections se rehaussant après injection intraveineuse de produits de contraste, des hypodensités aériques traduisant la nécrose tissulaire et l'éventuel retentissement sur la filière aérodigestive. Dans un seul cas, on a observé des épanchements gazeux dissequant les espaces cellulo-aponévrotiques, aspect qui permet de confirmer la forme gangréneuse. Dans 3 cas, la TDM a objectivé une cellulite cervico-faciale comportant une extension médiastinale.

### Bilan biologique

Le bilan biologique standard a permis de retrouver une hyperglycémie chez 12 (20 %) patients, dont 9 étaient des diabétiques connus. Chez 44 (73 %) patients il y avait une hyperleucocytose, une hypoglycémie chez 1 (1,7 %) patient, et dans 12 cas (20 %) le bilan biologique était normal ; la CRP (C-réactive protéine) n'a été réalisée chez aucun patient.

### Examens bactériologiques

L'étude bactériologique du liquide de drainage a été réalisée chez 10 (16,6 %) patients mettant en évi-

dence un *Streptocoque* dans 4 cas, une *Klebsiella* dans 2 cas (*Klebsiella pneumoniae* et *Klebsiella ozaenae*), un *Arcanobactérium* dans 1 cas, et une flore polymicrobienne dans 3 cas.

### Hospitalisation et traitement

L'hospitalisation a été systématique pour l'ensemble des malades. La durée d'hospitalisation a varié de 4 à 22 jours, avec une moyenne de 8,7 jours. Le traitement médical a reposé essentiellement sur une antibiothérapie probabiliste par voie parentérale, des antalgiques et des bains de bouche. Les anti-inflammatoires ont été arrêtés dans tous les cas où ils avaient été prescrits.

Dans 55 (91,6 %) cas sur 60, une triple antibiothérapie a été instaurée en urgence pour juguler le processus infectieux, associant soit amoxicilline / acide clavulanique : 1 g toutes les 8 h, gentalline 160 mg en IM par jour et métronidazole 500 mg toutes les 12 h ; ou quinolone 500 mg (lévofloxacine ou ciprofloxacine) toutes les 12 h, métronidazole 500 mg toutes les 12 h ; ou encore céphalosporine 3<sup>e</sup> génération (céftriaxone) 2 g par jour, gentalline 160 mg en IM par jour, et métronidazole 500 mg toutes les 12 h. L'absence d'évolution favorable a conduit à modifier l'antibiothérapie dans 3 cas.

Une patiente a été mise sous anti-inflammatoire stéroïdien (corticoïde).

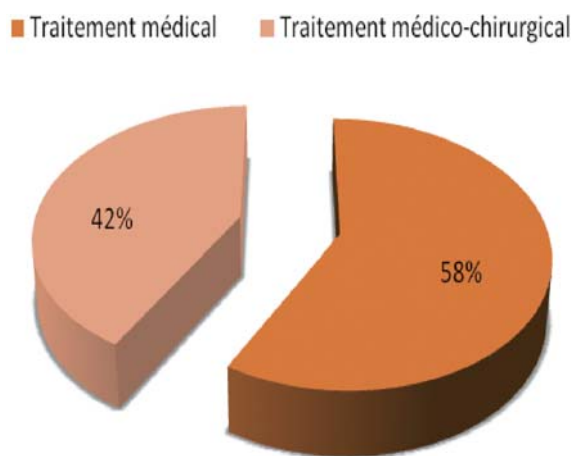
Sept (11,6 %) patients ont nécessité un séjour en réanimation en raison d'une altération sévère de l'état général, de l'étendue de leur cellulite, ou du déséquilibre important du diabète pour les patients diabétiques.

Sur les 12 patients diabétiques, 7 ont été mis sous insulinothérapie avec surveillance minutieuse de leur glycémie.

Le drainage n'a été nécessaire que dans 25 (41,6 %) cas, il a été réalisé par voie endobuccale, faciale ou cervicale (Fig. 4).

### Evolution

Le traitement a permis d'obtenir une évolution favorable dans 59 (98,3 %) cas, mais dans 1 cas l'évolution a été marquée par la survenue de complication ayant entraîné le décès malgré le changement de traitement et les mesures de réanimation entreprises.



**Figure 4 :** Répartition des patients en fonction de la prise en charge proposée.  
*Distribution of patients according to the care proposed.*

### Traitement de sortie

Tous les patients ont poursuivi le traitement antibiotique par voie orale et ont été adressés chez un chirurgien dentiste pour la mise en état de leur denture. Les patients diabétiques ont été adressés à l'endocrinologue pour une prise en charge de leur diabète.

### DISCUSSION

Cette série comporte 32 (53 %) hommes, et 28 (47 %) femmes. La prédominance masculine est en général nettement plus marquée dans la littérature. Une meilleure réponse immunitaire chez la femme a été évoquée par plusieurs auteurs pour expliquer cette prédominance [1, 2]. L'âge de nos patients varie entre 4 et 70 ans avec une moyenne de 29 ans. Toutes les tranches d'âge sont représentées. Il apparaît de manière assez classique dans la littérature que les cellulites cervico-faciales diffuses sont particulièrement fréquentes dans la tranche d'âge de 20 à 40 ans [3]. Il n'est pas rare de trouver une sérologie VIH positive comme tare préexistante chez les patients présentant une cellulite cervico-faciale diffuse [4]. Dans notre série, cette sérologie n'a été réalisée que chez 2 patients, dont le tableau clinique était inhabituel par sa gravité, et sa résistance au traitement ; elle s'est révélée négative.

Au cours de cette étude, on a tenté d'établir un lien entre une hygiène bucco-dentaire déficiente et la survenue d'une cellulite. 62 % des patients avaient une hygiène inexistante et, statistiquement par la méthode d'analyse de la variance, on a établi que la mauvaise hygiène bucco-dentaire est l'un des facteurs essentiels à prendre en considération. Ce résultat est hautement significatif et ne fait qu'appuyer les données de la littérature quant au rôle de l'hygiène insuffisante comme facteur favorisant la survenue des cellulites. Ainsi, dans l'étude de Tellion [5], 90 % des patients ayant une cellulite présentaient un mauvais état bucco-dentaire.

Le diabète est reconnu dans la littérature comme le facteur de risque le plus fréquemment retrouvé [6, 7, 8]. Ceci ne coïncide pas exactement avec les résultats de notre étude, puisqu'on a trouvé que statistiquement (analyse de la variance), le diabète serait moins favorisant que la prise d'AINS et que la mauvaise hygiène bucco-dentaire (2<sup>e</sup> niveau). Le diabète amoindrit la résistance de l'hôte, favorise le développement de l'agent pathogène même s'il n'est pas très virulent, et permet à l'infection initialement minime, de proliférer et de s'étendre rapidement, localement et même à distance [9].

L'éthylotabagisme est retrouvé dans 14,5 % des cas par Dordain [10] et 2 % dans l'étude prospective de Tellion [5].

Ces données sont comparables à celles de notre étude où on a trouvé un faible taux (6,6 %), et on a prouvé statistiquement que le tabagisme est un facteur favorisant mineur.

La prise d'AINS ou de corticoïde dans les jours qui précèdent la survenue d'une cellulite cervico-faciale est fréquemment retrouvée, mais leur incrimination dans la genèse de cette infection n'est pas clairement établie [11, 12]. L'étude de Solberg sur le phénylbutazone a été la première à démontrer, in vitro, la réduction de l'activation des granulocytes, de la phagocytose et de la destruction intracellulaire du streptocoque et du staphylocoque lors de l'utilisation de cette molécule [13]. Il semblerait que cette prescription augmente la virulence et la prolifération microbienne, favorisant l'extension de la cellulite. Dans notre série, 30 (50 %) patients sur 60 avaient pris, dans les

jours précédant la survenue de la cellulite, un anti-inflammatoire stéroïdien ou non stéroïdien. On constate que la prise d'AINS est un facteur favorisant fréquemment retrouvé dans la littérature [14], ceci est confirmé par notre étude où nous avons démontré statistiquement par la méthode d'analyse de la variance que la prise d'AINS est un facteur favorisant de 1<sup>er</sup> niveau. Le diagnostic positif de cellulite cervico-faciale doit être posé le plus rapidement possible, afin d'instaurer une stratégie thérapeutique efficace. Le signe clinique retrouvé dans la totalité de nos dossiers était celui d'une tuméfaction inflammatoire, c'est également le motif de consultation le plus fréquemment retrouvé dans la littérature [15, 16]. L'examen physique permet de définir la forme clinique de la cellulite. La forme gangréneuse ou gazeuse qui se caractérise par des signes généraux très marqués, sa rapidité évolutive avec atteinte médiastinale ; dans notre série, cette forme a été observée chez un seul patient. La forme pseudo-phlegmoneuse, plus torpide, se manifeste par une tuméfaction latéro-cervicale inflammatoire, effaçant les reliefs du cou. Elle évolue plus lentement que la précédente. Cette forme est la plus fréquente, elle a été observée chez tous les patients de notre série. La fièvre constitue le 2<sup>e</sup> signe retrouvé chez les patients dans notre série.

Dans la littérature, la fièvre semble un signe quasi constant dans les cellulites dues aux anaérobies, tandis qu'elle peut être absente, au moins au début, lors des cellulites non gangréneuses [17]. Il existe souvent un trismus plus ou moins serré. La crépitation sous-cutanée constitue un signe pathognomonique de la présence de bactéries anaérobies au sein du site infectieux ; cependant, même en l'absence de crépitation on peut retrouver des bactéries anaérobies.

Le bilan radiologique prend toute sa valeur dans le diagnostic et la surveillance des cellulites cervico-faciales et surtout cervico-médiastinales. L'examen radiologique de choix est la tomodensitométrie cervico-faciale avec des coupes intéressant le médiastin pour confirmer le diagnostic, préciser l'extension ainsi que l'uni ou la bilatéralité des lésions, et rechercher une atteinte infectieuse médiastinale associée. Cet examen va permettre de différencier entre les 2 formes de

cellulites cervico-faciales (formes gangréneuse et pseudo-phlegmoneuse) en visualisant dans les cellulites gangréneuses des épanchements gazeux disséquant les espaces celluloso-aponévrotiques. La TDM est l'examen de choix dans la démarche diagnostique et thérapeutique des cellulites cervico-faciales et il devrait être réalisé chaque fois que les conditions et l'état général du patient le permettent. Il peut être renouvelé en l'absence d'amélioration franche de l'état local ou général [18]. L'orthopantomogramme qui a été réalisé chez presque la moitié des patients de cette série, a révélé une atteinte des molaires inférieures dans la majorité d'entre eux (85,7 % des cas). Cette fréquence élevée de lésions des molaires inférieures a été retrouvée également par Romain et coll. [1].

La prise en charge thérapeutique comporte une antibiothérapie, un traitement chirurgical, une réanimation si nécessaire, l'équilibration des tares existantes, et le traitement de l'origine de l'infection.

Les germes responsables font partie de la flore saprophyte présente dans la cavité buccale et peuvent être retrouvés dans le sang et souvent dans le pus prélevé par ponction à la seringue [17]. L'infection est en général polymicrobienne à germes aéro-anaérobies avec prédominance de la flore anaérobie. Une antibiothérapie à large spectre, active initialement sur tous les germes potentiellement responsables de cette infection, le plus souvent polymicrobienne, prolongée et par voie parentérale, doit être instaurée en urgence, si possible après avoir effectué un prélèvement bactériologique et des hémocultures. Au début, cette antibiothérapie est probabiliste visant les streptocoques et les anaérobies stricts commensaux. Dans un deuxième temps, elle pourra être adaptée en fonction des données bactériologiques, des constatations peropératoires et de l'évolution locale et générale. Nos 60 patients ont tous bénéficié d'une antibiothérapie probabiliste, à large spectre, et en urgence. La voie parentérale a toujours été retenue. Dans 92 % des cas, il s'agissait d'une triple antibiothérapie. La durée de l'antibiothérapie est mal codifiée, elle est le plus souvent fonction de l'évolution loco-régionale. Pour tous les malades, le relais par voie orale

a été systématique après amélioration clinique. Certains auteurs conseillent de prendre, l'avis d'un infectiologue [19].

Le recours à la chirurgie en urgence est impératif s'il s'agit d'une forme gangréneuse [20], compte tenu de la rapidité évolutive de cette variété et surtout sa possibilité d'extension vers le médiastin. Mais, dans les formes pseudo-phlegmoneuses, le moment du drainage dépend de l'existence ou non d'une collection abcédée, des signes généraux et de l'existence d'une intolérance hémodynamique qui est toujours un signe de gravité et qui doit inciter à une intervention précoce [21]. En cas d'atteinte médiastinale, deux voies d'abord chirurgicales sont possibles : la voie trancervicale et la voie d'abord mixte (cervicotomie et thoracotomie). L'indication dépend des données de la TDM cervico-médiastinale. Dans cette série, l'indication opératoire a été posée en urgence chez 3 malades, dont deux patients avaient une cellulite pseudo-phlegmoneuse, et un patient une forme gangréneuse. Chez 22 autres patients, un drainage a été décidé au cours de l'hospitalisation devant l'apparition d'une collection évidente cliniquement ou à l'imagerie. Il est à noter que quel que soit l'aspect gangréneux ou pseudo-phlegmoneux, le traitement chirurgical ne doit pas se limiter à un simple geste d'incision drainage mais il doit permettre l'écoulement purulent tant qu'il existe [22]. Le traitement étiologique peut être conservateur ou radical ; il est fait en général après refroidissement de l'infection [23]. Le traitement conservateur est le traitement endodontique de la dent responsable de l'infection. Il faut toujours tenir compte de l'état général, de l'importance de la dent, du niveau d'hygiène bucco-dentaire, et du principe de la préservation lorsque c'est possible [24, 25].

Tous les patients ont été adressés au centre de consultation et de traitement dentaire du CHU Rabat- Salé pour traitement de la dent causale et mise en état de la denture.

L'évolution a été favorable chez 59 (98,3 %) patients, un patient est décédé à la suite d'une sévère altération de l'état général, et d'un déséquilibre important de son diabète.

Les séquelles esthétiques à type de cicatrices cutanées chez les patients ayant bénéficié d'un drainage facial ou cervical, et des cicatrices de fistule cutanée sous-mandibulaire ont été retrouvées chez 3 patients. Ces séquelles esthétiques sont fréquemment décrites dans la littérature [26-28].

## CONCLUSION

La cellulite cervico-faciale diffuse est une infection grave, relativement rare. De nombreuses étiologies peuvent être retrouvées dans la littérature mais l'origine dentaire est de bien loin la plus fréquente ; principalement les molaires inférieures comme c'est également le cas dans cette étude. L'absence de barrière anatomique entre la région cervicale et le thorax facilite la diffusion de ces infections, qui prennent alors un caractère dramatique. A ce facteur anatomique s'ajoute le rôle néfaste et indiscutable des AINS dans l'évolution des cellulites, ainsi que la mauvaise hygiène bucco-dentaire. Ces deux facteurs doivent être considérés comme les plus importants, cela a été démontré du point de vue statistique par la méthode d'analyse de la variance.

L'antibiothérapie administrée précocement doit respecter deux impératifs : être efficace sur les germes anaérobies et être active sur d'éventuels germes aérobies associés. Le drainage chirurgical large et soigneux est essentiel. Si la preuve est donnée par différents auteurs qu'un traitement bien conduit et appliqué précocement est susceptible d'améliorer le pronostic, il n'en demeure pas moins que le meilleur traitement reste préventif.



## RÉFÉRENCES

- 1 - Romain P, Schmidt P, Hannion X, Le Tarnec A, Chalumeau F, Legros M. Cellulites cervico-faciales gangréneuses d'origine dentaire. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1989 ; 90 : 428-37.
- 2 - Rose C, Tellion C, Ferri F, Donazzan M. Les cellulites faciales graves diffuses. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1997 ; 98 : 269-71.
- 3 - Kpemisi E. Cellulites cervico-faciales d'origine bucco-dentaire : étude de 26 cas au CHU de Lomé. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 1995 ; 116 : 195-7.
- 4 - Vuillecard E, Hervé V, Martin P, Georges AJ. Cellulites diffuses gangréneuses cervico-faciales à point de départ stomatologique chez sept patients infectés par VIH-1. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1989 ; 90 : 268-73.
- 5 - Tellion C. Cellulites cervico-faciales graves. Thèse de doctorat en Médecine, Lille II, 1993.
- 6 - Péron JM, Mangez JF. Cellulites et fistules d'origine dentaire. *Encyc Med Chir Stomatol/Odontol* 22-033-A-10, Elsevier, Paris, 2002.
- 7 - Mouton C, Robert JC. Bactériologie bucco-dentaire (p. 184), Masson, Paris 1993.
- 8 - Verdalle PB, Roguet E, Raynal M, Briche T, Rouquette I, Brinquin L, Jancovici R, Poncet JL. Les cellulites cervico-médiastinales nécrosantes : à propos de 3 cas. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1997 ; 114 : 302-9.
- 9 - Hugly C, Pellissier A. Les terrains pathologiques (pp 305-11). *La prescription en Odontologie*, Paris, 1997.
- 10 - Dordain R. Cellulites cervico-faciales graves : étude de co-morbidité su 201 cas cliniques rapportées dans la littérature. Thèse de Chirurgie dentaire, Reims, 1998.
- 11 - Marty-Ané CH, Berthet JP, Alric P, Pegis JD, Rouvière P, Mary H. Management of descending necrotizing mediastinitis an aggressive treatment for an aggressive disease. *Ann Thorac Surg* 1999 ; 68 : 212-7.
- 12 - El Younssi N. Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire. Thèse de Médecine dentaire, 2<sup>e</sup> cycle, n° 59, Rabat, 2006.
- 13 - Solberg CO, Allred CD, Hill HR. Influence of phenylbutazone on leukocyte chemilumescence and function. *Acta Pathol Microbiol Scan* 1978 ; 86 : 165-71.
- 14 - Busch RF, Shah D. Ludwig's angina: improved treatment. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997 ; 6 : S172-5.
- 15 - Ennouri A, Bouzouaia N, Hajri H, Ferjaoui M, Marrakchi H. Les cellulites cervico-faciales : à propos de 20 cas. *Tunisie Med* 1991 ; 69 : 459-62.
- 16 - Potard G, Marianowski R, Fortun C et al. Cellulites de la face et du cou : à propos de 13 cas. *J Fr ORL* 2000 ; 49 : 325-37.
- 17 - Ragot JP. Les complications loco-régionales et générales des foyers infectieux dentaires. *Actual Odonto-Stomatol* 1999 ; 205 : 91-117.
- 18 - Wong T. A nationwide survey of deaths from oral and maxillofacial infections: the taiwanese experience. *J Oral Maxillofac Surg* 1999 ; 57 : 1297-9.
- 19 - Bahu SJ, Shibuya TY, Meleca RJ, Mathog RH, Yoo GH, Stachler RJ, Tyburski JG. Craniocervical necrotizing fasciitis: an 11-year experience. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001 ; 125 : 245-52.
- 20 - Dandrau JP, Tavera E, Payement G. Infections aiguës et graves d'origine dentaire. *Encyc Med Chir Urgences* 24-157-A-10, Elsevier, Paris, 1994.
- 21 - Bridgeman A, Wiesenfeld D, Hellyar A, Sheldon W. Major maxillofacial infections and evaluation of 107 cases. *Aust Dent J* 1995 ; 40 : 281-8.
- 22 - Ragot JP. Foyers infectieux dentaires et leurs complications. *Rev Prat* 1998 ; 48 : 1714-7.
- 23 - Bado F, Fleuridas G, Lockhart R, Chikhani L, Favre-Dauvergne E, Bertrand JC, Guilbert F. Cellulites cervicales diffuses : à propos de 15 cas. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1997 ; 98 : 266-8.
- 24 - Kimura C, Pien F. Head and neck cellulitis in hospitalized patients. *Am J Otolaryngol* 1993 ; 14 : 343-9.
- 25 - Zilberstein B, de Cleva R, Testa RS, Sene U, Eshkenazy R, Gama-Rodrigues JJ. Cervical necrotizing fasciitis due to bacterial tonsillitis. *Clinics* 2005 ; 60 : 177-82.
- 26 - Zeitoun JM, Dhanarajani PJ. Cervical cellulitis caused by odontogenic infections. *J Oral Maxillofac Surg* 1995 ; 53 : 203-8.
- 27 - Diallo OR, Balde NM, Conde B, Camara SAT, Bah AT. Les cellulites cervico-faciales chez le patient diabétique au CHU de Conakry. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillofac* 2006 ; 13 : 13-6.
- 28 - Karengera D, Mir Mohammed Sadeghi H, Lambert S, Reyhler H. Cellulites faciales odontogènes. *Actual Odonto-Stomatol* 1996 ; 195 : 395-407.