



HAL
open science

L'aspect clinique et thérapeutique des lésions cutanées des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire : description, classification, prise en charge et illustrations

Valentine Trovato Picardi

► To cite this version:

Valentine Trovato Picardi. L'aspect clinique et thérapeutique des lésions cutanées des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire : description, classification, prise en charge et illustrations. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04515263

HAL Id: dumas-04515263

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04515263v1>

Submitted on 21 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'ASPECT CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES LÉSIONS
CUTANÉES DES CELLULITES CERVICO-FACIALES D'ORIGINE
DENTAIRE : DESCRIPTION, CLASSIFICATION, PRISE EN CHARGE
ET ILLUSTRATIONS

Année 2024

Thèse n° 42 57 24 01

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant
la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nice Le
19 janvier 2024 Par

Madame Valentine TROVATO PICARDI

Né(e) le 7 mai 1997 à Grasse
Pour obtenir le grade de :

DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE (Diplôme d'état)

Examineurs :

Madame le Professeur
Madame le Professeur
Madame le Docteur
Madame le Docteur

L. LUPI
M-F. BERTRAND
C. VOHA
C. PESCI BARDON

Président du jury
Assesseur
Assesseur
Directeur de thèse

CORPS ENSEIGNANT

MAJ : 01/09/23

56ème section : DEVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PREVENTION

Sous-section 01 : ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Professeur des Universités

Mme CHARAVET Carole
Mme JOSEPH Clara

Maître de Conférences des Universités

Mme AIEM TORT-ALVAREZ Elody
Mme MASUCCI Caterina

Maître de Conférences des Universités Associé

Mme OUEISS Arlette

Chefs de Clinique Assistants

M. ECALLE Corentin

Attachés

M. CAMIA Julien
Mme DEVILLE Clara
Mme LAMBERTS Johanna
M. OROSCO Philippe

Sous-section 02 : PREVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LEGALE

Professeur des Universités

Mme LUPI Laurence

Maître de Conférences des Universités

Mme BORSA Leslie
Mme MERIGO Elisabetta

Attachés

M. BARBRY Ludovic
M. GLACHANT Didier
Mme PETTITI Marine
M. TOLILA Gérard

57ème section : CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

Sous-section 01 : CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

Professeur des Universités

Mme DRIDI Sophie Myriam
Mme PRECHEUR-SABLAYROLLES Isabelle
Mme VINCENT-BUGNAS Séverine

Maître de Conférences des Universités

M. COCHAIS Patrice
Mme RAYBAUD Hélène
Mme VOHA Christine

Chefs de Clinique Assistants

M. BONNICI Quentin
Mme DEMES Estelle
M. GAUDARD Mathias
Mme GUILLOU Estelle

Attachés

M. AMELINE Clément
M. GEMMI Thomas
M. GUIGON Michael
M. NACACHE Stéphane

58ème section : REHABILITATION ORALE

Sous-section 01 : DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Professeur des Universités

Mme BERTRAND Marie-France
Mme BRULAT-BOUCHARD Nathalie
Mme EHRMANN Elodie
Mme LASSAUZAY Claire

Professeur des Universités Associé

M. DOUGHAN Bassel

Professeur des Universités Emérite

M. ROCCA Jean-Paul

Maître de Conférences des Universités

M. CEINOS Romain
M. LAPLANCHE Olivier
M. LEFORESTIER Eric
M. MAILLE Gérald
Mme POUYSSEGUR-ROUGIER Valérie

Chefs de Clinique Assistants

Mme BERNABEU Marie
M. CEPPO Franck
Mme CHAMBON Pauline
Mme DUBOIS Margaux
M. DUBROMEZ Julien
M. GIRODENGOU Alexandre

Attachés

M. ATTAL Bruno
Mme BONNES Anaïs
M. PONCHET Yves
Mme TEISSEIRE Lise
M. WARENBOURG Philippe

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur LUPI Laurence

*Docteur en Chirurgie-Dentaire
Doyenne de la Faculté de Chirurgie-Dentaire de Nice
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Responsable de la sous-section Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale*

Je vous remercie d'avoir accepté la présidence de mon jury. C'est avec un immense honneur et plaisir que je vous compte parmi les membres de ce jury et d'autant plus à sa présidence. Merci d'avoir si naturellement accepté d'y siéger. Votre écoute, votre bonne humeur et votre gentillesse font de vous une enseignante et une praticienne de très grande qualité. Merci de l'attention que vous portez à cette faculté et au bien-être des étudiants. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Madame le Professeur BERTRAND Marie-France

*Docteur en Chirurgie Dentaire
Professeur des Universités - Praticien hospitalier
Responsable de la sous-section Odontologie conservatrice, Endodontie*

Je vous remercie grandement de siéger au sein de mon jury. Votre pédagogie, votre enseignement durant notre cursus universitaire et vos qualités humaines envers les étudiants ont une valeur inestimable. Ce fut un grand plaisir d'apprendre et de progresser grâce à votre enseignement. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma sincère considération et profonde reconnaissance.

À Madame le Docteur VOHA Christine

*Docteur en Chirurgie-Dentaire
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Sous-section Sciences Biologiques*

C'est un grand plaisir pour moi de vous avoir dans ce jury. Je vous remercie pour votre qualité d'enseignement tout au long de ces années. Je n'ai eu que rarement la chance de travailler à vos côtés lors de mon parcours hospitalier, mais ce fut à chaque fois l'occasion d'acquérir de nouvelles connaissances, doublé d'une bienveillance certaine. Veuillez trouver ici l'assurance de ma considération et de mon respect.

À Madame le Docteur PESCI-BARDON Catherine

Docteur en Chirurgie-Dentaire

Docteur de l'Université de Nice Sophia-Antipolis - Praticien hospitalier

Spécialiste qualifiée en médecine bucco-dentaire. Responsable de l'UF urgences dentaires

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail, que vous m'avez si spontanément suggéré. Un grand merci pour la confiance que vous m'avez accordée. J'admire grandement vos compétences professionnelles, votre enthousiasme contagieux et votre passion pour ce métier qui font de vous une praticienne hors pair. Toutes ces vacations cliniques aux urgences avec vous aurons marqué mes études. Ce fut un plaisir d'apprendre et de travailler à vos côtés. Je tiens à exprimer ma sincère reconnaissance pour votre gentillesse, disponibilité, vos bons conseils et votre soutien à mon égard. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma gratitude et de tout mon respect.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
I. DÉFINITIONS	8
II. ETIOPATHOGÉNICITÉ.....	8
1. CAUSES DETERMINANTES	8
1.1. Dentaire	8
1.2. Péri-dentaire	8
1.3. Thérapeutique ou iatrogénique	9
2. CAUSES FAVORISANTES	9
2.1. Facteurs médicamenteux	9
2.2. Rôle de l'hôte	10
3. PATHOGENIE	10
3.1. Germe en cause / bactériologie	10
3.2. Voie d'entrée et dissémination de l'infection	11
III. LES CELLULITES CERVICO-FACIALES.....	12
1. LES FORMES EVOLUTIVES	12
1.1. Cellulite aiguë	12
1.1.1. <i>Cellulite séreuse</i>	12
1.1.2. <i>Cellulite circonscrite suppurée</i>	13
1.1.3. <i>Cellulite circonscrite gangréneuse</i>	16
1.2. Cellulite subaiguë et chronique	16
1.2.1. <i>Forme commune</i>	16
1.2.2. <i>Forme actinomycosique</i>	19
1.2.3. <i>La fistule</i>	19
1.3. Cellulite diffuse	20
2. FORMES TOPOGRAPHIQUES	21
2.1. Formes péri-mandibulaires	21
2.2. Formes péri-maxillaires	26
IV. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL	29
V. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES	30
1. IMAGERIE	30
2. BILAN BIOLOGIQUE.....	32
3. EXAMEN BACTERIOLOGIQUE.....	32
VI. PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT DES CELLULITES CERVICO-FACIALES D'ORIGINE ODONTOLOGIQUE	33
1. TRAITEMENT PREVENTIF	33
2. TRAITEMENT CURATIF	33
2.1. <i>Traitement étiologique</i>	33
2.2. <i>Traitement symptomatique</i>	33
2.2.1. Moyens médicaux.....	33
2.2.2. Moyens chirurgicaux	34
3. INDICATION THERAPEUTIQUE POUR CHAQUE FORME	39
3.1. <i>Cellulite séreuse</i>	39
3.2. <i>Cellulite suppurée</i>	39

3.3. Cellulite subaiguë et chronique	40
3.4. Cellulite actinomycosique	40
3.5. Cellulite gangréneuse.....	40
3.6. Cellulite diffuse.....	41
3.7. Fistule cutanée	43
VII. COMPLICATIONS	44
VIII. CRITÈRES D'HOSPITALISATION	45
IX. CAS CLINIQUES	47
CONCLUSION	52
BIBLIOGRAPHIE	53
TABLE DES ABRÉVIATIONS	57
TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX	58

Introduction

Malgré l'évolution favorable de l'hygiène buccale, de la mise en place de campagnes de prévention, d'un accès aux soins facilité et d'une antibiothérapie moderne réduisant remarquablement l'incidence des infections dentaires, les services d'urgence d'odontologie et de chirurgie maxillo-faciale doivent régulièrement prendre en charge des patients présentant une cellulite cervico-faciale d'origine dentaire.

La douleur et le caractère impressionnant de ces infections de la face sont généralement des éléments déclenchants à la consultation chez un dentiste. En fonction de leurs localisations et de leurs facultés à se propager rapidement, elles peuvent mettre la santé, voire la vie du patient en danger ce qui nécessitera une hospitalisation urgente et un traitement médico-chirurgical long et complexe. C'est pour cela que la cellulite cervico-faciale d'origine dentaire constitue une véritable urgence.

Le chirurgien-dentiste doit savoir reconnaître le plus précocement les signes cliniques, et ainsi mettre en place en fonction du stade et de la localisation, une prise en charge symptomatique et étiologique adaptée. Pour garantir le succès de la guérison, la thérapeutique sera le plus souvent double avec un traitement chirurgical associé à un traitement médicamenteux celui-ci adapté à la situation médicale du patient.

I. DEFINITIONS

La **cellulite dentaire**, appelée aussi **cellulite cervico-faciale**, est une inflammation touchant **la peau et les tissus cellulo-adipeux de la face et du cou** résultant d'une infection bactérienne ayant comme origine un organe dentaire ou un tissu péri-dentaire (3).

Elle se développe dans les espaces cellulaires remplissant les loges entourant le maxillaire et la mandibule. Elle peut être aiguë ou chronique, circonscrite ou diffuse, péri maxillaire ou péri mandibulaire d'où la diversité des formes cliniques (4).

La cellulite dentaire est souvent la résultante d'une infection polymicrobienne dentaire profonde et négligée qui s'est aggravée, mais elle peut également avoir une étiologie différente importante à déterminer (1)(2).

Le **tissu cellulo-adipeux facial** est formé d'un tissu conjonctif lâche, et d'un tissu adipeux cloisonné par des fibres conjonctives, formant des lobules. Il occupe les intervalles compris entre les muscles et les plans ostéo-aponévrotiques (65). Physiologiquement, ce tissu est à la fois un tissu de cloisonnement des différents espaces et un tissu de glissement, facilitant le jeu des muscles de la face et du cou (12,66). Ces espaces ont un rôle pathologique essentiel dans la diffusion de l'infection entre les différents espaces aponévrotiques profonds de la tête et du cou jusqu'au médiastin.

II. ETIOPATHOGENICITE

1 . CAUSES DETERMINANTES

1.1 Dentaire

La majorité des étiologies dentaire est la **nécrose pulpaire** (12) engendrée par :

- **La carie** et ses complications (Figure 1) : cause primordiale aboutissant au granulome ou kyste péri apical (12).
- **Les fêlures, contusions, luxations, fractures** ; traumatismes dentaires souvent à bas bruit (22).



(Figure 1) : La maladie carieuse (UFSBD).

1.2 Péri dentaire

- **Péricoronarites d'éruption et de désinclusion** ; souvent accident d'éruption des DDS (Figure 2) en particulier la troisième molaire inférieure (23).
- **Parodontites** : La maladie parodontale détruit l'espace desmodontal ; et la propagation de germes des poches parodontales en direction pulpaire **mortifie la pulpe** dentaire « à rétro » (6).



(Figure 2) : Péricoronarite : accident d'éruption d'une dent de sagesse 48 (90).

1.3 Thérapeutique ou iatrogénique

- **Traitement endodontique mal conduit** par dépassement, désinfection insuffisante ou obturation imparfaite (14),
- **Prothèse mal adaptée** peut être à l'origine d'une blessure qui peut se surinfecter, puis diffuser à un tissu cellulaire (12),
- **Extraction** réalisée **sans couverture antibiotique** alors qu'elle l'aurait nécessitée (24).

Échauffement induisant la **nécrose pulpaire** lors :

- Du **fraisage** ou **préparations coronaires**,
- De **l'utilisation de certains biomatériaux** toxiques vis-à-vis de la pulpe dentaire.

2. CAUSES FAVORISANTES

2.1 Facteur médicamenteux

Des prescriptions médicamenteuses inappropriées peuvent être incriminées et peuvent aggraver le processus de diffusion d'une cellulite cervico-faciale (7) telles que :

- **Les anti-inflammatoires non stéroïdiens :**

Très fréquemment retrouvés **en automédication** ou **sous prescription** (médecin généraliste, dentiste, pharmacien), les AINS sont fréquemment désignés dans la littérature comme des facteurs susceptibles de favoriser la survenue ou la progression du processus infectieux, même si le lien de causalité n'a pu encore être affirmé avec certitude (il existe très peu d'études prospectives et comparatives sur le sujet) (76, 84). En clinique, il est démontré qu'ils interfèrent avec le fonctionnement normal du système immunitaire et masquent le tableau clinique en diminuant l'un des principaux signes de l'inflammation qui est la fièvre et en retardant ainsi le diagnostic. Ils constituent donc un facteur de risque d'évolution compliquée des cellulites cervico-faciales (17, 84).

- **L'antibiothérapie**, si elle est **absente, inadaptée** ou **insuffisante** (20) :

- Lorsque l'ATB est bactériostatique,
- Lorsque les germes de la pathologie ne sont pas inclus dans le spectre de l'ATB,
- Lorsque l'administration est trop tardive,
- Lorsque la posologie et/ou sa durée est insuffisante.

- **Médicaments Immunosuppresseurs**

Certains médicaments, tels que les **corticostéroïdes** ou les médicaments immunosuppresseurs utilisés dans le traitement de maladies auto-immunes, peuvent affaiblir délibérément le système immunitaire pour des raisons médicales, mais cela augmente également le risque d'infections et donc représente un facteur favorisant d'installation d'une cellulite (6, 18, 20).

La chimiothérapie étant un traitement **immunosuppresseur**, le patient devient plus sensible aux infections (6, 20).

2.2 Rôle de l'hôte

Les pathologies immunodéficientes vont favoriser le développement d'une cellulite cervico-faciales ; on peut retenir (7, 25) :

→ **Le diabète**, d'autant plus qu'il est instable, ralentit les processus de cicatrisation et provoque plus facilement le développement d'infections (8).

→ **Le VIH** engendre une susceptibilité accrue aux infections opportunistes et plus sévères.

→ **La toxicomanie** (tabac, alcool, injection de drogues en intraveineuse) induit un affaiblissement des défenses de l'hôte (8).

D'autres facteurs désarment contre les infections banales qui, dès lors, s'exacerbent. Voici quelques un de ces facteurs qui peuvent être physiologiques ou environnementaux (19) :

- **L'âge** : Les nourrissons et les personnes âgées ont généralement un système immunitaire moins robuste, ce qui les rend plus vulnérables aux infections.
- **La grossesse** : Pendant le dernier trimestre de la grossesse, le système immunitaire de la femme peut être affaibli, ce qui peut augmenter le risque d'infections.
- **La nutrition** : Une alimentation déficiente en protéines et en vitamines, en particulier la vitamine C et la vitamine D, peut affaiblir le système immunitaire et rendre une personne plus susceptible aux infections.
- **L'obésité** : peut entraîner des déséquilibres hormonaux et métaboliques qui peuvent affaiblir la réponse immunitaire.
- **Traumatismes Psychiques et Stress** : Le stress prolongé peut affecter négativement le système immunitaire. Les personnes soumises à un stress chronique ont souvent une réponse immunitaire altérée.

3. PATHOGÉNIE

3.1 Germes en cause / bactériologie

La flore microbienne de la cavité buccale contient une population complexe de micro-organismes et les germes impliqués dans les cellulites d'origine bucco-dentaire appartiennent à cette flore endogène. Les cellulites sont le résultat d'un équilibre rompu entre la flore et le milieu buccal. Quelques espèces jusqu'ici saprophytes, vont devenir pathogènes (26, 27).

Le processus cellulitique est de nature **polymicrobienne**, avec un **mélange de bactéries aérobies et anaérobies**. Le rapport physiologique s'inverse et les bactéries anaérobies deviennent généralement trois à quatre fois plus nombreuses que les bactéries aérobies, bien que parfois, il ne soit mis en évidence que des bactéries anaérobies strictes ou uniquement des bactéries aérobies

(26). Parmi les germes anaérobies : **Prévotella, Prevotella et Fusobacterium** ont été plus fréquemment isolés chez les patients présentant des infections graves (1, 26). L'antibiogramme révèle parmi les germes aérobies une prédominance des **Streptocoques** (2, 3, 17, 26). Le **Staphylocoque** ou *S.aureus* fait partie des bactéries pyogènes, il provoque essentiellement des lésions suppuratives et nécrotiques (6). Les staphylocoques sont plus volontiers associés aux cellulites chroniques (20) (figure 3).

		Aerobes	Anaerobes
Gram Positive	Cocci	Streptococcus spp Staphylococcus ^(R)	Peptostreptococcus Peptococcus Streptococcus
	Bacilli	Lactobacillus Corynebacterium ^(R)	Lactobacillus Actinomyces Eubacterium Leptotrichia Clostridium ^(R)
Gram Negative	Cocci	Moraxella ^(R)	Veillonella
	Bacilli	Enterobacteriaceae ^(R) Eikenella ^(R)	Bacteroides Porphyromonas** Prevotella** Fusobacterium Capnocytophaga

Figure 3 : Les espèces bactériennes prédominantes isolées d'infections odontogènes (26).

3.2 Voie d'entrée et de dissémination de l'infection :

L'introduction d'un micro-organisme dans le tissu cellulo-graisseux responsable de l'infection se fait par plusieurs voies :

⇒ La **voie ostéo-périostée** : voie principale. La porte d'entrée des cellulites cervico-faciales est, le plus souvent, une infection dentaire. A partir de la dent ou du parodonte, les germes atteignent la zone péri-apicale, traversent l'os (abcès ostéo-sous périosté) puis le périoste pour diffuser secondairement aux tissus cellulo-graisseux de la face, mais aussi aux tissus profonds, musculaires, des voies aérodigestives supérieures (5,14).



⇒ La **voie directe** : inoculation directe dans les tissus cellulaires par l'aiguille porteuse de micro-organismes lors d'une anesthésie (28), ou bien lors de plaies cutanéomuqueuses dues à des traumatismes maxillo-faciaux (14).

⇒ La **voie lymphatique** : rare ; elle survient dans les formes graves de cellulites diffuses (30).

⇒ La **voie veineuse** : correspond souvent à une voie de dissémination secondaire à distance d'une cellulite déjà déclarée, par phlébites ou encore micro-emboles septiques (29).

III. LES CELLULITES CERVICO FACIALES

La clinique s'exprime selon 3 paramètres : l'évolution, qui traduit le stade de développement de l'affection et englobe les cellulites aiguës, subaiguës et chroniques, diffuses ; la topographie, qui traduit le siège de l'affection et dessine sa circonscription ou sa diffusion ; la gravité, qui est un paramètre qui s'appuie essentiellement sur la qualité du pronostic de l'affection.

1. LES FORMES EVOLUTIVES

1.1 CELLULITE AIGUE

1.1.1 Cellulite séreuse

La cellulite séreuse est le stade initial de l'inflammation et de l'infiltration du tissu cellulaire avec avant tout des signes cliniques locaux.

- Aspect clinique :

A ce stade, les signes généraux associés sont minimes, voire inexistants. Une légère augmentation de la température générale est possible (23).

Cette forme de cellulite fait généralement suite à un épisode d'algie dentaire. La **tuméfaction est arrondie avec des limites imprécises. Elle entraîne une déformation faciale ; efface les méplats et comble les sillons de la face. La peau est chaude, tendue, lisse et rosée.**

Dans la cellulite séreuse, on a simplement une réaction vasculaire (vasodilatation, diapédèse, phagocytose) avec présence des quatre signes caractéristiques de l'inflammation : **tuméfaction, chaleur, douleur, rougeur** (7, 23) (figure 4).

La palpation est peu douloureuse, ne décèle aucune fluctuation : **signe du godet négatif** (empreinte persistante du doigt après pression à l'endroit de la tuméfaction) et peut constater une légère élévation de la température locale. L'œdème est mobile et sa dimension dépend uniquement de la quantité et de la qualité du tissu cellulaire du patient. Si l'infection siège sur les dents postérieures, un trismus modéré peut être présent (5,6).

Il faut noter que la gravité de l'infection, ne dépend pas nécessairement de la taille et dimension de l'œdème (23).

L'examen de la cavité buccale met en évidence une muqueuse rouge et œdématiée en regard de la dent causale. Celle-ci présente une légère mobilité, le test de percussion est douloureux et la vitalité négative (23).



(Figure 4) : Cellulite aigue séreuse odontogène génienne basse (23). Érythème jugal droit, effacement des sillons de la face, aspect luisant de la peau en regard de la tuméfaction.

- Évolution :

L'atteinte est à un stade réversible, elle peut donc évoluer de 2 manières différentes :

- Vers la guérison si le traitement de la dent causale est correct et adéquat,
- Vers le stade de la suppuration en absence de traitement ou thérapeutique mal conduite.

1.1.2 Cellulite circonscrite suppurée

Après 3 à 4 jours, ce stade se caractérise par **l'abcédation du stade séreux** (formation de collection purulente). A cette étape, il va y avoir une réaction collagénique tendant à limiter l'extension du foyer inflammatoire tandis que le pus se collecte dans une cavité centrale. L'érythème est augmenté et il y a une aggravation des signes cliniques rencontrés dans le stade précédent.

- Aspect clinique

Elle est caractérisée par des douleurs continues, lancinantes, pulsatiles, irradiantes, entraînant une insomnie. On observe de la fièvre à 38-39°C accompagnée d'asthénie, de céphalées, de pâleur. Au niveau fonctionnel, elle entraîne une dysphagie, de l'halitose et de l'hyper salivation (signes généraux pouvant varier d'un individu à l'autre). Le trismus est plus ou moins serré si la dent est postérieure.

On note une **tuméfaction érythémateuse, chaude, bien limitée** recouverte par une **peau inflammatoire tendue et luisante** avec désormais la présence d'une fluctuation traduisant la collection et un **signe du godet positif**. La douleur à la palpation est importante. La tuméfaction est adhérente au pan cutané et au pan osseux soulignant une suppuration profonde (figure 5 et 6) (23).



(Figure 5) Cellulite circonscrite suppurée (collection Dr Pesci-Bardon Catherine) : tuméfaction bien limitée génienne basse. La peau est inflammatoire, rouge, tendue, luisante et chaude. On observe au centre de cette tuméfaction un point non inflammatoire traduisant la collection purulente. Spontanément l'évacuation du pus va se faire sur la peau en cutanée amenant à une **fistule**.



(Figure 6) Cellulite collectée dûe à la 36 (31).

L'examen endo buccal note une tuméfaction du vestibule ou du plancher buccal, rouge, purulente en regard de la dent causale. La dent est mobile et positive à la percussion et test de vitalité négatif (figure7).

Il n'existe pas d'adénopathie sauf si la cellulite complique un accident d'évolution de la dent de sagesse (5,7,8,9).



(Figure 7) Comblement vestibulaire avec poche de pus en regard de la dent causale (75).

- Évolution

L'évolution peut se faire de différentes manières (10) :

- Vers la **guérison après traitement adapté**.
- Vers une **fistule spontanée**. Le pus s'évacue de manière incomplète et intermittente vers la muqueuse ou en cutanée vers la peau à travers une fistule. L'orifice est en général unique et aux bords décollés, déprimés et violacés (figure 8 et 9) (7,14).
- Vers la **chronicité** (*Cellulite chronique*).
- Vers la **diffusion** qui peut entraîner des complications loco régionales et/ou générales.



(Figure 8) Cellulite suppurée avec fistulisation à la peau (collection Dr Pesci-Bardon Catherine).



(Figure 9) Cellulite circonscrite suppurée avec fistule cutanée (collection Dr Pesci-Bardon Catherine). Ostium fistulaire avec suintement intermittent (mélange de pus, sang et lymphe).

1.1.3 Cellulite gangréneuse

Cette forme clinique est rare dans les pays industrialisés où l'accès aux antibiotiques est facile. Ce stade peut faire suite à l'un ou l'autre des deux autres stades, ou survenir d'emblée (5,10).

Il se caractérise par des signes généraux marqués (fièvre à 40 °C, choc septique), une diffusion rapide des **signes cutanés similaire à la cellulite suppurée** avec tuméfaction très douloureuse et un **revêtement cutané très induré** avec présence de **crépitants à la palpation**, liés à présence de gaz donnant une sensation de crépitation à la palpation des tissus. La **peau peut être nécrotique** avec formation d'un **pus brunâtre**, très nauséabond.

L'évolution en l'absence de prise en charge entraîne une diffusion et septicémie voire choc septique. Seule une prise en charge par une équipe de réanimation très spécialisée, associée à de très larges débridements chirurgicaux, pratiqués sans le moindre délai, peuvent, dans quelques cas, permettre la survie de ces patients (5,10).

1.2 CELLULITE SUBAIGUE ET CHRONIQUE

La cellulite subaiguë est une inflammation cellulaire à évolution lente. Les symptômes apparaissent progressivement et pas de manière aiguë et immédiate. Ce type de cellulite est due à des germes de virulence atténuée ou à des séquelles de cellulites dont la cause n'a pas été totalement éradiquée.

La cellulite chronique correspond à un phénomène inflammatoire stabilisé qui persiste sur une période prolongée. Elle n'a plus tendance ni à la guérison ni à l'inflammation.

Il est toujours très difficile de faire la distinction entre une cellulite subaiguë et une cellulite chronique car ces deux formes sont proches cliniquement. Le point le plus important étant le passage d'une phase aiguë à une phase subaiguë caractérisé par une diminution de tous les signes cliniques.

On distingue en deux catégories : les formes communes et les formes à germes spécifiques et en l'occurrence la forme actinomycosique (10,11).

1.2.1 Forme commune

La persistance d'une lésion dentaire et la présence de germes à virulence atténuée sont à l'origine cette forme de cellulite. Le passage de la cellulite aiguë à subaiguë et chronique se remarque par la diminution des signes cliniques et généraux. Elle fait suite à une **cellulite aiguë traitée tardivement** ou à une **antibiothérapie inadaptée (sous-dosée/interrompue)**, ou encore à un **acte chirurgical mal conduit**, comme un **drainage incomplet**, ou **l'absence d'intervention au niveau de la dent causale**.

Cette persistance de l'infection entraîne un phénomène de sclérose des tissus de granulation et la formation d'une barrière fibreuse isolant un noyau purulent (11, 12, 13).

- Aspect clinique (7)

Le patient ne présente pas d'altération de l'état général ni de douleur. Les signes fonctionnels sont nuls. L'ouverture buccale est normale. Il n'existe aucune adénopathie.

L'examen exo buccal révèle un **nodule arrondi ovale (petite noix)** aux contours imprécis **sous une peau amincie violacée** sans augmentation de la température. A la palpation il est **indolore, de consistance ferme**, en regard de la dent causale ; il est **adhérant à la peau** et légèrement mobilisable sur les pans sous-jacents (figures 10 et 11).



(Figure 10) Cellulite chronique à tuméfaction nodulaire (20). Nodule arrondi sous peau violacée.



(Figure 11) Cellulite chronique avec nodule sous-cutané indolore adhérent et dur (75).

A l'examen endo buccal la gencive au niveau de la dent causale est rouge, tuméfiée et douloureuse.

L'examen radiologique confirme la présence d'un granulome en regard de la dent causale

- Évolution (7)

La cellulite chronique n'a aucune tendance à la guérison spontanée, bien au contraire. Elle s'installe de manière irréversible, insidieusement, sans signes généraux ni fonctionnels et peut évoluer vers :

- L'**extension aux tissus environnants** (infiltration de tout un secteur) extrêmement rare de nos jours.
- Le **réchauffement** ou la **poussée infectieuse** (passage en cellulite aiguë conséquence du réveil du foyer infectieux : la tuméfaction rougit, se réchauffe, fluctue et devient douloureuse avec apparition de trismus ; la collection s'extériorise par une fistule qui ne disparaîtra pas sans traitement étiologique adapté)
- La **fistule spontanée** sans signes notables d'accompagnement. Une fistule bourgeonnante peut se former à la surface de la tuméfaction (figures 12, 13, 14).



(Figure 12) Cellulite chronique fistulisée dû à une infection dentaire chez une enfant de 9 ans (46).



(Figure 13) Fistule en regard d'une tuméfaction récidivante qui disparaissait après automédication et ceci depuis un an (74).



(Figure 14) Fistule cutanée bourgeonnante à la suite d'une cellulite non traitée étiologiquement (collection Dr Pesci-Bardon Catherine).

1.2.2 Forme spécifique actinomycosique

C'est une infection chronique granulomateuse suppurative de plus en plus rare, produite par *Actinomyces israelii* qui est un bacille Gram positif, anaérobie, saprophyte de la cavité buccale (7) que l'on retrouve dans les cavités carieuses, les capuchons muqueux péri-coronaires de la dent de sagesse inférieure, les poches parodontales, la salive, les cryptes amygdaliennes (77). L'infection à *Actinomyces israelii* se produit au niveau de la cavité buccale après extraction dentaire, plaie de la muqueuse ou fracture maxillaire (15).

- Aspect clinique (7)

A l'examen clinique, on palpe une **tuméfaction plus ou moins sensible et tendue**, d'une **dureté presque néoplasique**, mal délimitée, *fréquemment localisée à l'angle mandibulaire*. Il va s'installer successivement des tuméfactions les unes à côté des autres, donnant à l'ensemble un **aspect mamelonné** ; elles **se fistulisent successivement**, laissant sortir un pus rempli de grains jaunes et blancs (figure 15).

Les signes généraux sont une fièvre modérée, un trismus plus ou moins marqué. Les douleurs apparaissent lors des phases de réchauffement de la lésion.



(Figure 15) Cellulite actinomycosique localisée à l'angle mandibulaire droit, aspect mamelonné de la tuméfaction (7).

- Évolution

Sans traitement, elle évolue selon un mode aigu. Avant l'antibiothérapie l'évolution était marquée par une extension vers la région cervicale et le médiastin, pouvant entraîner la mort du patient (14).

1.2.3 La fistule

La fistule d'origine dentaire est un conduit mettant en communication une lésion péri-dentaire profonde avec un orifice de sortie. C'est un trajet d'évacuation d'une collection suppurée située dans l'os alvéolaire et venant s'ouvrir directement, soit à la muqueuse gingivale, soit dans une cavité naturelle de la face (sinus, plancher des fosses nasales, orbite), soit à **la peau (extra-orale ou cutanée)** (85).

Le processus infectieux se développe dans les tissus mous et la fistule va suivre le trajet de moindre résistance entre barrières ostéo-périostée et musculaire pour s'extérioriser par la peau après avoir traversé un espace cellulo-adipeux de faible résistance mécanique. **La fistule cutanée d'origine dentaire est bien souvent l'aboutissement ultime d'une cellulite suppurée ou une cellulite chronique (à bas bruit) qui donne lieu au drainage** (60).

L'aspect est différent selon l'ancienneté de la fistule. Si l'ouverture est récente, les bords sont décollés, œdématisés et congestionnés (59) (figure 8). Si l'ouverture est ancienne, les fistules présentent classiquement un aspect infundibuliforme lié à la rétraction tissulaire associée à un cordon induré adhérent à l'os sous-jacent et donc non mobilisable par rapport aux plans profonds (85) (figure 13). L'orifice est au fond d'une dépression, il donne issue épisodiquement à quelques gouttes de pus franc ou de sérosités, spontanément ou après massage du noyau cellulaire (14).

La localisation de la fistulisation est influencée par la position relative de la dent avec son procès alvéolaire et également par la disposition du tissu cellulaire, des muscles et des aponévroses de la face et du cou (59).

1.3 CELLULITE DIFFUSE

Parmi les cellulites cervico-faciales diffuses, la cellulite diffuse vraie est une infection du tissu cellulo-graisseux qui intéresse d'emblée tout un secteur de la face, tandis que la cellulite diffusée est une extension progressive secondaire à une cellulite circonscrite. Ces deux catégories sont le plus souvent englobées sous le terme de cellulite diffuse, car elles ont toutes les deux les mêmes caractères gravissimes (3).

Ces infections se produisent généralement sur des terrains prédisposés par des facteurs favorisants tel que : **l'utilisation des AINS, un mauvais état bucco-dentaire, le diabète, l'immunodépression (VIH), le tabagisme, l'alcoolisme, le stress** ... Ces facteurs participent au fléchissement des défenses de l'organisme et l'infection va donc s'étendre rapidement, de façon très brutale à l'ensemble des tissus de la face et du cou sans tendance à la limitation spontanée. Elle dépasse l'espace anatomique de départ, jusqu'à des complications sévères et altérant gravement l'état de santé général (3, 15, 16).

Localement, l'affection est caractérisée par une nécrose rapide et étendue des tissus. Il existe une **tuméfaction inflammatoire cervicale et /ou faciale, peu douloureuse, limitée et fluctuante**. Celle-ci est **dans un premier temps de consistance molle, puis elle s'étend et évolue vers une consistance ligneuse**. La **peau est tendue, prend un aspect livide et le trismus serré constant** (83). La tuméfaction entraîne des déformations considérables, possiblement associées à un œdème du plancher buccal, un œdème palpébral, un empâtement cervical, une dysphagie (3) (figure 16).

La suppuration apparaît après 5-6 jours. Les dégâts locaux sont impressionnants, la nécrose des tissus infectés s'étend à la graisse et aux muscles du cou. La diffusion du processus cellulitique le long des aponévroses cervicales et vers le médiastin peut entraîner des complications et compromettre le pronostic vital (17, 83).

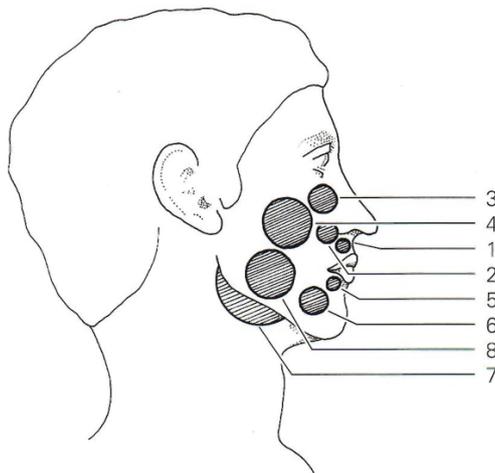
Sur le plan général le patient est dans un état fébrile (3). Il peut y avoir des troubles respiratoires, des frissons, des sueurs, des atteintes méningées, une tension artérielle basse, traduisant un syndrome toxi-infectieux voire un choc septique (16,17).

La prise en charge hospitalière des patients doit être rapide et multidisciplinaire (3,17).



(Figure 16) Cellulite bilatérale diffuse cervico-thoracique d'origine dentaire (25).

2. LES FORMES TOPOGRAPHIQUES



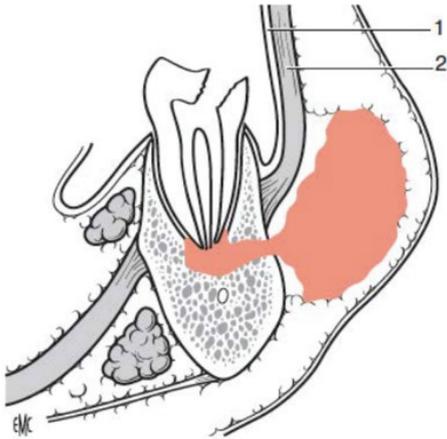
- Schéma du siège des collections :***
- *D'origine dentaire supérieure :*
1. *Lèvre supérieure : incisive centrale.*
2. *Aile du nez : incisive latérale.*
3. *Fosse canine et angle interne de l'oeil : canine.*
4. *Génienne haute : molaires et prémolaires.*
- *D'origine dentaire inférieure, du côté externe :*
5. *Lèvre inférieure.*
6. *Région mentonnière.*
7. *Région sous-maxillaire.*
8. *Région génienne basse.*

(Figure 17) Siège des collections d'origine dentaire dans les loges celluluses de la face. (Le club dentaire : Cellulites péri-maxillaires d'origine dentaire)

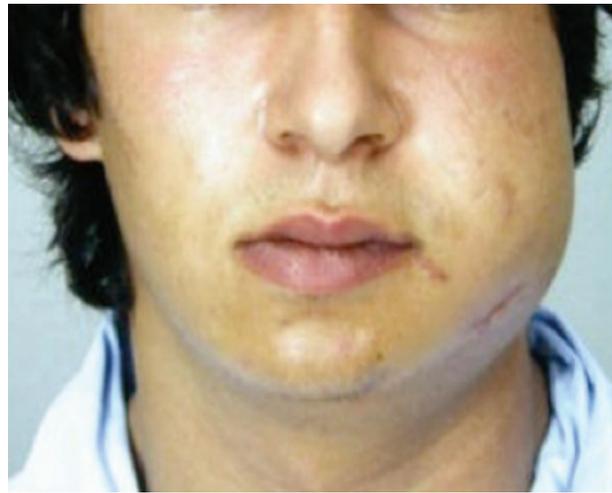
2.1. Formes péri-mandibulaire

- **Cellulite génienne basse** en rapport avec l'atteinte infectieuse des prémolaires et/ou molaires mandibulaires.

La collection évolue en dessous du buccinateur et se situe en sous-cutané. Cliniquement, on observe une tuméfaction basse, en arrière de la commissure labiale, adhérente à l'os déformant la région génienne sans dépasser le rebord basilaire de la mandibule (6,21) (figures 18 et 19).



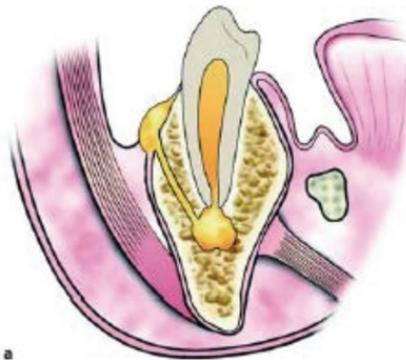
(Figure 18) Cellulite génienne basse par infection péri apicale de la M1 inférieure (12).
1.muqueuse vestibulaire ;
2. Muscle buccinateur.



(Figure 19) Cellulite génienne basse gauche (79).

- **Cellulite vestibulaire inférieure** en rapport avec les molaires mandibulaires.

La collection évolue au-dessus du muscle buccinateur, elle est adhérente à la corticale externe (figure 20). Elle accompagne parfois une cellulite de voisinage telle une cellulite génienne basse (20) (figure 21 et 22).



(Figure 20) Cellulite vestibulaire inférieure : accumulation limitée de pus entre l'os et le périoste. (39).



(Figure 21) Cellulite génienne basse en rapport avec l'infection de 46 (7).

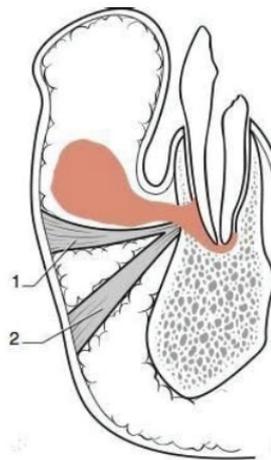


(Figure 22) Cellulite vestibulaire inférieure en rapport avec 46 (vu endo-buccale de l'illustration figure 19) (7)

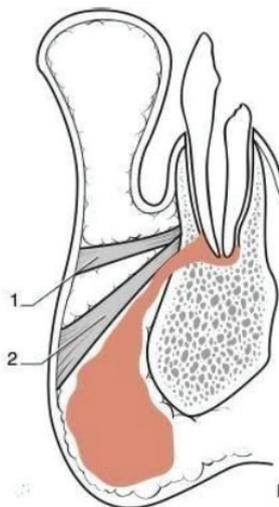
- **Cellulite labio-mentonnière inférieure** en rapport avec le groupe incisivo-canin mandibulaire.

La tuméfaction est labiale lorsque l'infection migre au-dessus des muscles carrés et de la houppe du menton (10), dans ce cas la collection est superficielle, vestibulaire, donnant un gonflement de la lèvre inférieure (12) (figure 23).

La tuméfaction est mentonnière si elle migre en dessous des muscles carrés et de la houppe du menton. La collection est donc profonde et se développe dans l'éminence mentonnière (figure 24 et 25), voire la région sous-mentale (figure 26 et 27), donnant un aspect de gonflement du menton



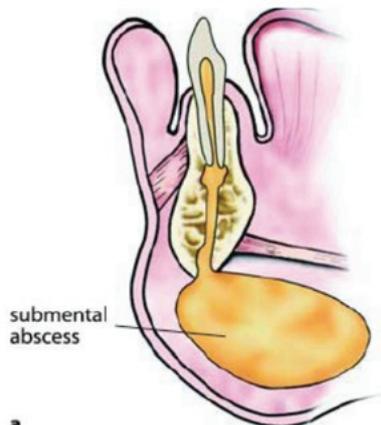
(Figure 23) Cellulite de la région labio-mentonnière. Cellulite labiale inférieure par infection apicale de l'incisive centrale (12).
1. Muscle carré du menton ;
2. Muscle de la houppe du menton.



(Figure 24) Cellulite de la région labio-mentonnière. Cellulite du menton par infection apicale de l'incisive centrale (12)
1. Muscle carré du menton ;
2. Muscle de la houppe du menton.



(Figure 25) Cellulite mentonnière, tuméfaction de la région du menton (69).

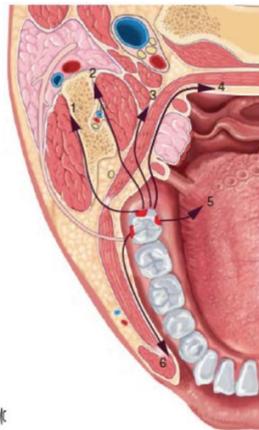


(Figure 26) Collection dans l'espace sous-mental (39).



(Figure 27) Cellulite sous -mentale (39).

- **Cellulites de la dent de sagesse (38, 48)** : en rapport avec les dents de sagesse inférieures (19) (figure 28).

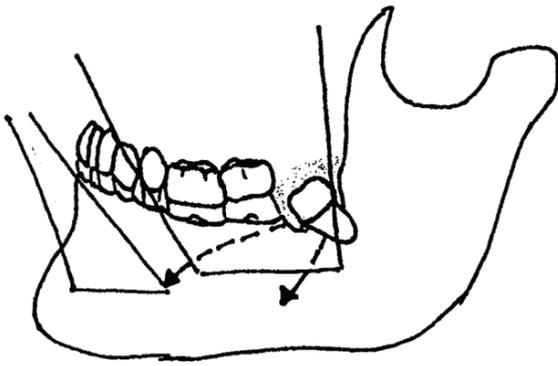


1. Cellulite massétérine ;
2. cellulite ptérygo-mandibulaire ;
3. cellulite ptérygo-pharyngienne ;
4. cellulite péripharyngée ;
5. cellulite base de langue ;
6. abcès buccinatomaxillaire de Chompret-L'Hirondel.

(Figure 28) Schéma des chemins de diffusion des cellulites des 48 et 38 (19).

1. **Cellulite massétérine** : l'infection envahit l'espace virtuel entre l'os et le masséter dans le follicule adipeux sous cutané ; entraîne un trismus très serré et des douleurs intenses. Évolue vers la fistulisation (7).
2. **Cellulite ptérygo-mandibulaire d'ESCAT** : collection entre le long de la branche montante de la mandibule et muscle ptérygoïdien médial (20).
3. **Cellulite ptérygo-pharyngienne** : région amygdalienne, trismus et risque asphyxie (18)
4. **Cellulite péri pharyngée** : développement entre le muscle constricteur supérieur du pharynx et la muqueuse pharyngée ; dysphagie, trouble asphyxique, pronostic redoutable (20)
5. **Cellulite base de la langue** : diffusion entre les deux muscles génioglosses ou entre l'hyoglosse, risque d'asphyxie (18)
6. **Abcès de Chompret-l'Hirondel** : cette cellulite, de localisation vestibulaire inférieure, est appelée également "Abcès migrateur buccinato-mandibulaire", elle succède à une phase de péri coronarite d'une DDS inférieure. Elle siège dans le fond du vestibule en avant du masséter. La suppuration glisse le long de la face externe du corps de la mandibule (figure 29) et vient se collecter en regard des prémolaires (figure 30) → entraînant une tuméfaction génienne basse (7)

Cet abcès évolue entre le buccinateur et ses insertions, sur le rempart alvéolaire des 3 dernières molaires en bas et enfin sur la muqueuse vestibule qu'il soulève en haut.

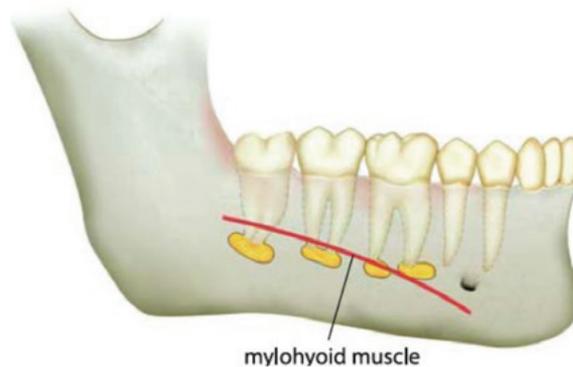


(Figure 29) Illustration schématique de la migration d'un abcès migrateur de Chompret-l'Hirondel (7).



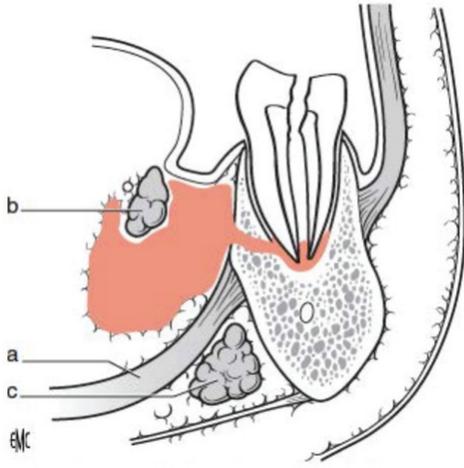
(Figure 30) Abcès de Chompret-l'Hirondel, face à une prémolaire inférieure dû à une dent de sagesse (80).

- **Cellulite du plancher buccal :**



(Figure 31) Schémas de l'insertion du muscle mylohyoïdien par rapport aux apex des molaires mandibulaires (39).

→ **Cellulite sus-mylohyoïdienne (sub linguale)** en rapport avec les prémolaires mandibulaire ou première molaire. La diffusion de l'infection se fait au-dessus du muscle mylohyoïdien (figure 31) vers la loge sublinguale, riche en tissu cellulaire (10) (figure 32). La tuméfaction plaquée le long de la table interne repousse la langue du côté opposé. Appelée « cellulite du plancher buccal », elle présente un risque majeur d'obstruction des VAS par diffusion à la langue et au pharynx (figure 33).

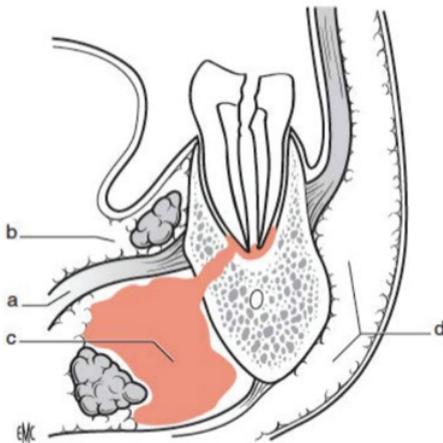


(Figure 32) Cellulite sus-mylohyoïdienne du plancher buccal.
a. muscle mylohyoïdien ; b. glande sublinguale ; c. glande sous-maxillaire (12).



(Figure 33) Cellulite sus-mylohyoïdienne avec élévation de la langue en voie de diffusion vers l'oropharynx avec risque d'obstruction des VAS (7).

→ **Cellulite sous-mylohyoïdienne (sub-mandibulaire)** en rapport avec les molaires inférieures. Les apex se situent sous la ligne d'insertion du muscle mylohyoïdien (figure 31 et 34). À l'examen endo buccal, le plancher buccal est dur et infiltré et le trismus est présent. En l'absence de traitement, l'évolution peut se faire vers la fistulisation (10).



(Figure 34) Cellulite sous-mylohyoïdienne (12). A. muscle mylohyoïdien ; b. loge sublinguale ; c. loge sous-maxillaire ; d. fusée sous-cutanée.



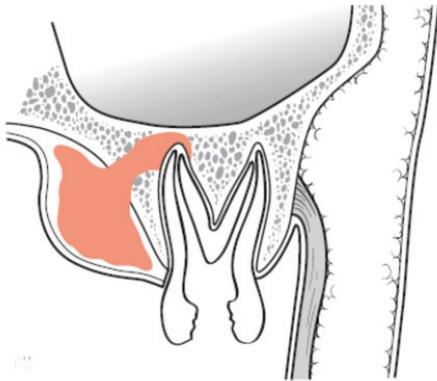
(Figure 35) Cellulite sub-mandibulaire (31).

L'atteinte conjointe des deux loges sus- et sous-mylohyoïdiennes met en jeu le pronostic vital par asphyxie (19).

2.2. Formes péri-maxillaires

- **Abcès palatin sous périosté** en rapport avec l'incisive latérale, et racine palatine des prémolaires et molaires (figure 36).

L'infection traverse la table osseuse alvéolaire puis comme il n'y a pas de tissu cellulaire coté palatin, la collection diffuse directement sous le périoste et la fibromateuse épaisse (14) (figure 37).



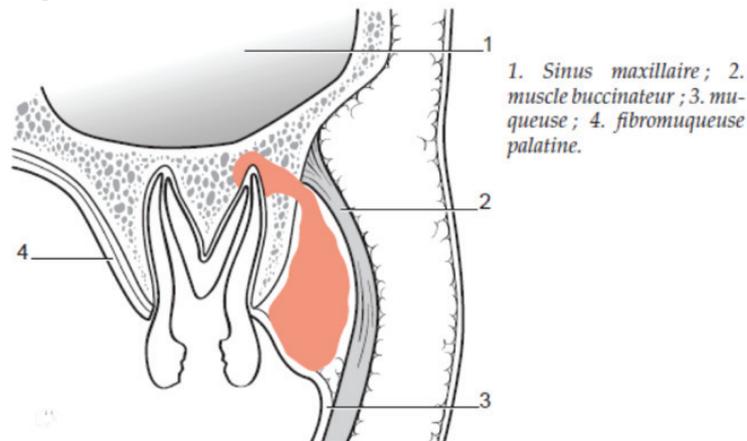
(Figure 36) Abscès palatin sous-périosté (12).



(Figure 37) Abscès palatin sous-périosté.

- **Cellulite vestibulaire** rapport avec les racines vestibulaires de PM1 ou des racines vestibulaires des molaires supérieures.

La longueur de la racine par rapport à la limite d'insertion maxillaire du buccinateur va déterminer la situation de l'abcès. Les infections des molaires aux racines courtes diffusent en dessous et l'abcès entraîne une **cellulite vestibulaire** (7, 14) (figure 38). L'abcès est très souvent associé à une cellulite génienne haute ou nasogénienne (10).

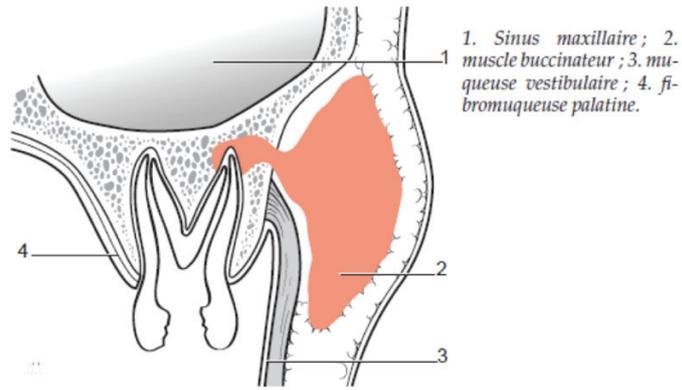


(Figure 38) Cellulite vestibulaire (12).

- **Cellulite génienne haute** en rapport avec les canines, prémolaires et molaires

La canine et les prémolaires ont leurs racines au-dessus de l'insertion du muscle buccinateur (figure 39). L'infection évolue alors vers le tissu cellulaire sous-cutané et distend la joue. L'œdème peut remonter et atteindre la paupière inférieure (œdème de la région sous-palpébrale) (figure 40) jusqu'à engendrer un phlegmon péri orbitaire.

La canine du fait de sa longueur et position, donne des **cellulites nasogéniennes** (comblement du sillon naso-génien) (14, 19) (figure 41).



(Figure 39) Cellulite génienne haute (12).



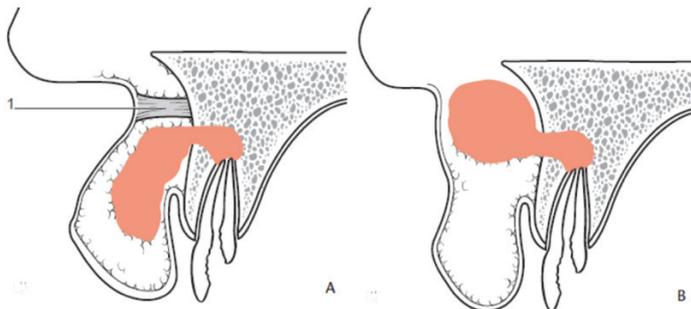
(Figure 40) Cellulite génienne haute d'origine dentaire avec œdème sous palpébral (82).



(Figure 41) Cellulite naso-génienne (1).

- **Cellulite labiale supérieure et sous narinaire** en rapport avec le groupe incisif maxillaire

On distingue la **cellulite labiale supérieure** lorsqu'elle se présente en-dessous des insertions du muscle abaisseur du septum nasal de la **cellulite sous narinaire** si la migration se fait au-dessus (10) (figure 42).



(Figure 42) A. Cellulite labiale supérieure ; B. Cellulite sous narinaire (12) 1. Muscle abaisseur du septum nasal.



(Figure 43) Cellulite labiale supérieure suite à la nécrose de 22.
(Collection Dr Pesci-Bardon Catherine)

- **Cellulite ptérygo-maxillaires** en rapport avec les dents de sagesse supérieures

Les infections de la dent de sagesse supérieure peuvent évoluer vers une cellulite vestibulaire supérieure, une cellulite génienne haute ou un abcès palatin sous-périosté (formes rares), mais aussi vers une **cellulite ptérygo-maxillaire**. Elle se développe en arrière de la tubérosité, en avant du malaire et de la branche mandibulaire entraînant une tuméfaction de la région génienne moyenne et un trismus important (19).

IV. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL (5)

- Atteinte cutanée primitive de type furoncle d'origine non dentaire, surinfection d'un kyste sébacé (figure 44).



(Figure 44) Kyste sébacé surinfecté (69).

- Atteinte de la région orbitaire : dacryocystite (figure 45), thrombophlébite de la veine faciale, phlegmon de l'orbite.



(Figure 45) Dacryocystite avec cellulite orbitaire associée. (Iconographie de Jordan M. Graff, MDU de Iowa, 2005)

- Atteinte des glandes salivaires : sialadénite (parotidite aiguë), submandibulite (persistance d'un espace libre entre la tuméfaction et la table interne de la mandibule « signe du sillon ») (figure 46).



(Figure 46) Parotidite aigue gauche (tuméfaction, érythème cutané et pus au Sténon) (70).

- Atteinte primitive de l'oropharynx : phlegmon de l'amygdale (tuméfaction majeure de l'amygdale et du voile du palais avec trismus et odynodysphagie, mais sans signe sur la muqueuse gingivale ce qui la distingue de la cellulite d'origine dentaire).
- Cancer de la cavité buccale : diagnostic différentiel le plus trompeur, et le plus important à poser. La tumeur évolue localement. Cette tuméfaction va croître et repousser les éléments, elle peut déformer la joue (71). Des biopsies sont alors réalisées, qui permettent de redresser le diagnostic.
- Atteintes cervicales : adénite et adenophlegmon (hypertrophie avec collection centrale) (69) (figure 47), kystes congénitaux.



(Figure 47) Adénite et adenophlegmon (72).

V. EXAMEN COMPLEMENTAIRE

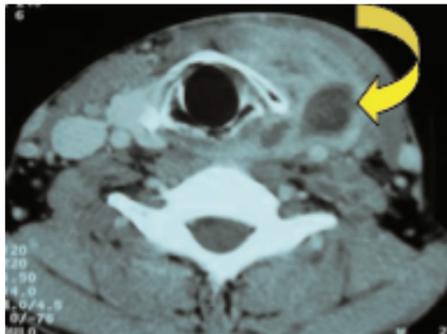
1. IMAGERIE

- L'imagerie dentaire classique telle que la radio rétro-alvéolaire est faite en première intention mais celle-ci peut être empêchée par la présence de trismus ou de tuméfaction. La **radiographie panoramique dentaire s'impose donc de façon systématique dans le contexte de cellulite odontogène**. Elle permet d'objectiver la dent causale (*foyers cariés, zones d'ostéolyse péri-apicale, foyers granulomateux*) (8). Cependant elle ne donne aucune information sur l'infection des tissus cellulaires (30) (figure 48).

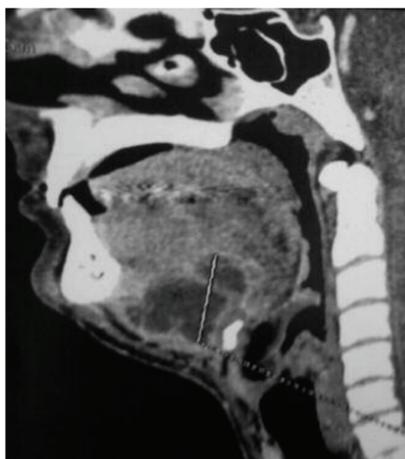


(Figure 48) Radio panoramique avec 36 cariée et image radio-claire à l'apex. Panoramique de la cellulite du patient en figure 9 (Collection Dr Pesci-Bardon Catherine)

- Le **scanner cervico-facial injecté**, grâce à son excellente résolution en densité tissulaire et osseuse et aux renseignements anatomiques qu'elle procure, permet, au stade collecté, de *visualiser la taille de la collection*, et son *impact sur les VADS*. Il n'est pas indiqué au stade inflammatoire (5,8) (figures 49 et 50).



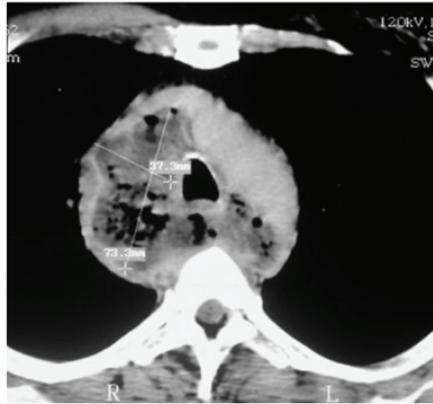
(Figure 49) Cellulite cervicale. Coupe TDM axiale avec diffusion de la cellulite vers les espaces parapharyngés et abcès rétro-pharyngé (8).



(Figure 50) Cellulite submandibulaire. Coupe TDM transversale (43).

- La **tomodensitométrie** cervico-thoracique étendue au thorax se révèle également très performante pour évaluer la cellulite en cas d'extension cervicale basse du placard cutané inflammatoire, à la recherche de coulées infectieuses médiastinales et leurs retentissements sur les structures atteintes ou adjacentes. Des images gazeuses et de collections liquidiennes

au niveau du médiastin sont très évocatrices de médiastinites aiguës (73) (figure 51). Elle est d'un apport considérable car parfois les signes initiaux d'extension médiastinale sont extrêmement frustes (5, 8).



(Figure 51) : Coupe TDM médiastinale avec image gazeuses et collections liquidiennes évoquant une médiastinite aiguë (73).

2. BILAN BIOLOGIQUE

A l'issue d'un prélèvement sanguin, la numération-formule sanguine (NFS) va pouvoir mettre en évidence un processus inflammatoire ou infectieux. Hyperleucocytose à polynucléaire neutrophiles (8), augmentation de la protéine C réactive sont la règle en cas de cellulites cervico-faciales.

Le reste du bilan : coagulation sanguine (crase), ionogramme sanguin, glycémie etc., aide à déterminer l'état global de santé du patient et à décider s'il est opérable.

Les hémocultures permettent de détecter la présence de bactéries ou de micro-organismes infectieux dans le sang, Elles seront réalisées en cas de suspicion de syndrome septique grave, qui est la complication grave de l'infection (5).

3. EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

En cas de cellulite collectée "banale" (c'est-à-dire de cellulite cervico-faciale courante sans signes de complications graves), les prélèvements bactériologiques destinés à réaliser un antibiogramme ne sont généralement pas exécutés en routine. Cela est dû au fait que, dans la majorité des cas, les infections à ce niveau sont causées par des bactéries saprophytes normalement présentes dans la cavité buccale, et sensibles aux antibiotiques couramment utilisés (5). On réalise une prescription probabiliste.

Cependant, dans certaines situations, Il est important d'effectuer ces prélèvements bactériologiques notamment pour : (5)

- les **cellulites gangréneuses** : lorsqu'il y a des signes de gangrène ou que le pus est brunâtre et malodorant, cela peut indiquer la présence dominante de germes anaérobies, qui nécessitent souvent un traitement antibiotique spécifique.

- les **drainages résistants** : si une cellulite récidive malgré un traitement antibiotique approprié, il est important de réaliser des prélèvements pour identifier les germes responsables et déterminer leur sensibilité aux antibiotiques, afin d'ajuster le traitement.

- les **patients présentant des facteurs de risque** tels que l'**immunosuppression**, des **antécédents de cellulite récidivante** ou une **irradiation** préalable de la cavité buccale, il est judicieux de réaliser des prélèvements pour une évaluation précise de l'infection et du choix des antibiotiques.

VI. PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT DES CELLULITES CERVICO-FACIALES D'ORIGINE ODONTOGENIQUE

1. TRAITEMENT PRÉVENTIF

Le traitement prophylactique vise à prévenir ou à identifier le plus tôt possible la survenue d'une infection ou pathologie dentaire afin d'éviter la cellulite cervico-faciale.

Il comprend un suivi régulier chez le dentiste qui proposera un traitement adapté à chaque cas : motivation et **enseignement à l'hygiène** (technique de brossage, prescription de fluor), **scellement de sillons préventif** chez les enfants, mais également **traitement précoce des caries et des pulpopathies**. Il faudra supprimer tous les foyers infectieux dentaires susceptibles d'évoluer vers la cellulite (31, 32).

2. TRAITEMENT CURATIF

2.1. Traitement étiologique

Il consiste à traiter la cause dentaire ou péri-dentaire à l'origine de la cellulite. La conduite à tenir dépend du stade d'évolution de la pathologie et du degré d'atteinte de la dent causale (34).

Un traitement conservateur est réalisé lorsque la dent causale peut être traitée. Un drainage transcanalaire par ouverture de la chambre pulpaire est effectué pour soulager le patient puis après contrôle de l'infection la dent sera **traitée endodontiquement**. Le traitement conservateur dépend de l'état général, de la profondeur de la cavité de carie, de l'atteinte parodontale et de l'hygiène bucco-dentaire du patient (14).

On envisage un traitement non conservateur lorsque la dent ne peut pas être soignée. **L'extraction** peut avoir lieu après refroidissement de l'infection ou immédiatement si la condition du patient l'indique. Il faudra cureter le site afin de ne pas laisser de tissus infectieux (6).

2.2. Traitement symptomatique

2.2.1 Moyens médicaux

Le traitement médical repose sur l'association *antibiotiques-antalgiques*, et l'éviction des AINS (5).

- L'association d'antibiotiques est à **large spectre et prescrite de façon probabiliste**, elle vise les streptocoques et les staphylocoques, ainsi que les germes anaérobies (5,23). La dose va dépendre de l'évolution de l'infection, du poids du sujet, de son âge, de sa clairance et de la créatinine (30).

L'ANSM préconise en première intention une prescription d'antibiotique monothérapie. En règle générale l'utilisation seule d'amoxicilline ou de clindamycine est insuffisante. On va prescrire habituellement **3g/j d'Amoxicilline associés à 1,5g/j de Métronidazole**, ou **Amoxicilline + Acide clavulanique 3g/j**. En cas d'allergie à la pénicilline, l'association de

remplacement comporte de la **clindamycine 1,8g/j et du métronidazole 1,5g/j** (5,23) (tableau I).

Molécule antibiotique	Dénomination commerciale	Posologie adulte
Amoxicilline + Métronidazole	Clamoxyl® Flagyl®	1 000 mg x 3/jour 500 mg x 3/jour
Amoxicilline + acide clavulanique	Augmentin®	1 000 mg + 125 mg x 3/jour
Clindamycine + Métronidazole	Dalacine® Flagyl®	600 mg x 3/jour 500 mg x 3/jour
Pristinamycine + Métronidazole	Pyostacine® Flagyl®	1 000 mg x 3/jour 500 mg x 3/jour

Tableau I : Antibiotiques utilisés dans le traitement de cellulites odontogènes et leurs posologies respectives (23).

Chez l'enfant ce sera **amoxicilline** 50 à 100 mg/kg/jour en deux prises/ **clindamycine** 25 mg/kg/jour en trois ou quatre prises + **métronidazole** 30 mg/kg/jour en deux ou trois prises ou **amoxicilline-acide clavulanique** (rapport 8/1) : 80 mg/ kg/jour en trois prises (dose exprimée en amoxicilline) (recommandations ANSM).

La durée initiale de la prescription per os est de sept à dix jours (32). L'arrêt du traitement doit être net, jamais dégressif (22). La dose et la durée de l'antibiothérapie seront rectifiées ou prolongées selon le type et l'évolution de la cellulite. De la même manière, elles seront secondairement adaptées à l'antibiogramme si un prélèvement bactériologique est réalisé. En cas de collections suppurées ou de plages de nécrose, le traitement antibiotique est nécessaire mais ne se suffit pas ; il est indispensable d'intervenir chirurgicalement (23).

- [La prescription d'antalgique](#) est adaptée à l'évaluation analogique de la douleur (5).

En cas de douleur jugée faible ou modérée le paracétamol (antalgique de palier I) doit être prescrit en première intention (6). Les signes fonctionnels des cellulites étant généralement importants, la prescription d'un antalgique de palier II selon l'OMS est nécessaire. On mettra en association **1g de paracétamol et 60 mg codéine** ou **100 mg tramadol toutes les 6 heures** (23) (tableau II).

	Palier I	Palier II	Palier III
Intensité de la douleur	Faible	Modérée	Sévère
Type d'antalgique	Non morphiniques	Opioides faibles	Opioides forts
Médicaments	Aspirine AINS Paracétamol Floctafénine (<i>Idarac</i>) Néfopam (<i>Acupan</i>)	Codéine ± paracétamol <i>Tramadol</i>	Agonistes purs : - <i>Fentanyl</i> - <i>Hydromorphone</i> - <i>Oxycodone</i> - <i>Morphine</i> - <i>Péthidine</i> - <i>Sufentanil</i> - <i>Rémifentanyl</i> - <i>Alfentanil</i> Agonistes mixtes : - <i>Buprénorphine</i> - <i>Nalbuphine</i>

Tableau II : Classification des antalgiques selon l'OMS (33).

Comme vu précédemment il faut éviter la prescription d'AINS, même s'ils disposent d'un effet antalgique ils possèdent une action immunosuppressive avec un risque de diffusion de l'infection et ils masquent les symptômes, menant à un retard de diagnostic (23,32).

2.2.2 Moyens chirurgicaux

Face à une cellulite collectée, on gardera en mémoire qu'aucune antibiothérapie ne peut guérir la collection, un drainage chirurgical est donc nécessaire pour toutes les formes suppurées des cellulites qu'elles soient circonscrites ou diffuses (8). La présence d'une collection dans le tissu cellulaire sera mise en évidence par l'observation d'une fluctuation.

❖ INCISION

L'évacuation chirurgicale consiste après un parage large du champ opératoire à la Bétadine, en une incision au bistouri mécanique en endo buccal, cutanée ou les deux associés (8). Dans tous les cas, les soins ont été réalisés sous anesthésie locale, sous-cutanée et/ou sous-muqueuse, en fonction du siège de la collection purulente.

L'anesthésie générale est le recours le plus fréquent car elle offre un meilleur confort au patient et au chirurgien. Elle présente cependant des inconvénients comme l'éventuel obstacle mécanique des voies aériennes supérieures pour la ventilation et son coût (35).

L'anesthésie locale est superficielle tangentielle à la peau (tableau III et figure 52). Elle est destinée seulement à l'incision car l'injection de produit anesthésique dans la collection est inutile et inefficace. Le drainage peut donc être très douloureux (36, 37). **L'anesthésie de contact** est pratiquée pour les collections superficielles.

Siège de la collection	Technique d'anesthésie
Sous-cutané	Infiltration cutanéodermique tangentielle à la peau
Sous-muqueux	Infiltration muqueuse traçante
Plancher buccal et région génienne haute	Infiltrations cutanée, sous-cutanée et muqueuse

Tableau III : Technique d'anesthésie locale en fonction du siège de la collection purulente ou de l'excision à réaliser (35).



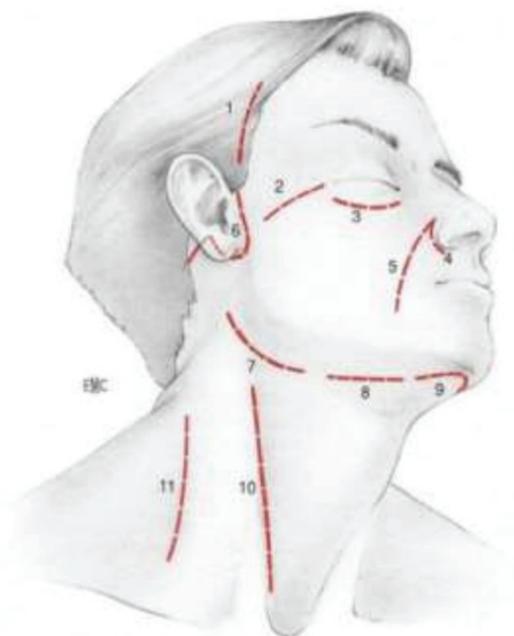
(Figure 52) Infiltration anesthésique sous cutanée (35).

Les incisions cutanées et buccales sont déterminées par le siège et le stade évolutif de la collection purulente mais doivent tenir compte des **impératifs d'ordre anatomique et esthétique** liés à l'abord chirurgical de la région cervicale. La voie d'abord doit être économe mais suffisante pour assurer un bon drainage (38), effectuée à la **partie la plus déclive de la collection** pour faciliter l'écoulement du pus, tout en respectant les structures anatomiques de voisinage en particulier les vaisseaux (veine et artère faciale) et le nerf facial (35). L'incision ne doit pas être perpendiculaire aux fibres musculaires car leur tonicité entraîne un écartement des deux berges de la plaie et une cicatrice plus large (6).

Si cela est possible, la voie d'abord sera endo buccale pour éviter toute cicatrice cutanée (38).

Siège de la collection	Incision ou excision
Sous-cutané	Cutanée, à la partie la plus déclive de la collection
Sous-muqueux	Muqueuse, à la partie la plus déclive de la collection
Plancher buccal et région génienne haute	Incision cutanée avec contre-incision muqueuse
Nécrose cutanée	Excision

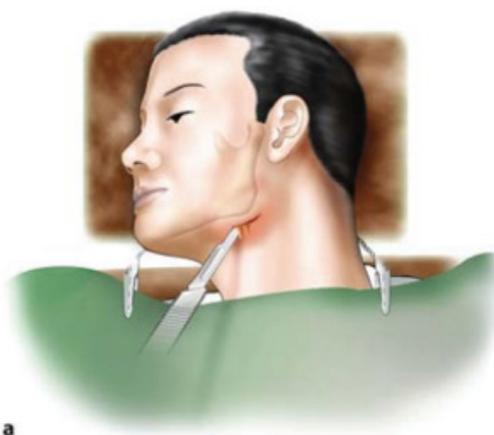
Tableau IV : Types d'incisions de drainage en fonction du siège de la collection (35).



(Figure 53) Voies d'abords cutanées (12)

1. Temporale,
2. Canthale externe,
3. Palpébrale inférieure,
4. Paranasale,
5. Naso-génienne,
6. Pré-auriculaire,
- 7,8,9. Sous mandibulaire,
10. Pré-sterno-cléido-mastoïdienne,
11. Rétro-sterno-cléido-mastoïdienne.

L'incision cutanée exo buccale sera faite de préférence dans une zone naturellement dissimulée (figure 53). Par exemple, un pli naturel ou en dessous de l'insertion du mylo-hyoïdien. L'évolution des cellulites cervicales se fait vers la peau, il est préférable de faire une incision de 1 à 2 cm de long parallèle au-dessous du rebord inférieur de la mandibule (7,20).



(Figure 54) Illustration schématique incision cutanée exo buccale sous mandibulaire (39).



(Figure 55) Incision exo buccale au bistouri pour drainage d'abcès sous-mandibulaire (39).



(Figure 56) Incision cutanée sous mandibulaire chez un patient présentant une cellulite génienne basse (41).



(Figure 57) Incision cutanée à partir de la partie la plus déclive de la collection (35).

❖ DRAINAGE

Le drainage peut se faire spontanément après incision ou on peut procéder à une aspiration du pus ou à son expression par compression manuelle (figure 59). L'insertion d'une pince de KOCHER permet d'élargir la cavité (figure 58) et à l'aide de pinces à bords mousses type pince de Halstead on procède, si nécessaire, à un décroissement des logettes dans les plans anatomiques sous-jacent pour permettre le drainage de la collection purulente (41). L'irrigation répétée de la cavité se fait avec du sérum physiologique (35).



(Figure 58) Pince de Kocher et exploration de cavité pour drainer le pus (39).



(Figure 59) Drainage de la collection purulente à l'aide d'une pince de Halsted et compression manuelle (41).

Afin d'éviter toute fermeture prématurée de l'incision de drainage un **drain** (figure 60 et 61) **ou une lame de DELBET** est introduite dans le tracé d'incision (figure 62). Dans le cas de la lame, elle est fixée à la peau ou à la muqueuse buccale par l'intermédiaire de fils de suture (figure 63). Et celle-ci est protégée par un pansement étanche (20). L'irrigation-drainage est faite par l'intermédiaire du drain et ce dernier est remplacé par une mèche de gaze après 48 heures. L'irrigation-lavage au sérum physiologique ou au mieux avec une solution antiseptique (polyvidone iodée) permet de désinfecter la cavité. Le drainage continue tant qu'un écoulement purulent est présent (35). Toute la collection doit être évacuée car la persistance de pus peut faire passer la cellulite à la chronicité (35).



(Figure 60) Drain en caoutchouc au niveau du site de l'incision (39).



(Figure 61) Système de drainage mis en place au niveau de l'incision (35).



(Figure 62) Lames de Delbet mises en place au niveau des 3 incisions de drainage (42).



(Figure 63) Lame de Delbet fixée à la peau par des fils de sutures (43).

Il existe plusieurs moyens de drainage. Le drainage peut aussi être assuré par une sonde à double courant avec **drainage aspiratif de REDON** (41), ou avec **le crin de Florence** (figure 64), fil passé à travers la collection purulente et laissé en place tant que l'on observe un écoulement purulent.



(Figure 64) Crin de Florence mise en place à travers la collection (78).

Sera placé après un pansement assez volumineux avec plusieurs couches de compresses pour contenir la sécrétion séro-sanguine (41).

3. Indications thérapeutiques pour chaque forme

3.1. Cellulite séreuse

A ce stade, il n'y a pas encore de suppuration. Un traitement ambulatoire peut être réalisé si la tolérance de l'infection est bonne, si le patient est très compliant (5).

La prescription médicale est obligatoire pour refroidir l'infection, basée sur la prescription d'une **antibiothérapie** à large spectre (d'après l'Afssaps 2011), prescrite per os pendant 7 à 10 jours. (Voir tableau I), associée à un traitement **antalgique** en cas de douleur (45) (tableau II).

Après 48h le traitement peut être réajusté si pas d'amélioration (44). L'arrêt du traitement doit être net, jamais dégressif (6).

L'antibiothérapie est associée au **traitement étiologique de la dent causale**. Si la dent causale semble pouvoir être traitée de manière satisfaisante, on décidera d'être conservateur. Un parage canalaire sera réalisé afin d'obtenir un drainage par voie endodontique. Il est effectué le jour du diagnostic ou différé de quelques jours en cas de trismus ou d'anesthésie impossible. La dent sera laissée ouverte dans un premier temps, pour une période d'environ 48 à 72 heures et le traitement endodontique sera réalisé dans un second temps, après régression de l'infection. Dans le cas où la dent n'est pas conservable l'avulsion sera réalisée soit le jour même, soit après le refroidissement de l'infection (6, 23).

3.2. Cellulite suppurée

Au stade de suppuration, on garde en mémoire qu'aucune antibiothérapie ne peut guérir à elle seule une suppuration collectée. Une évacuation chirurgicale par drainage est donc nécessaire. Elle peut être effectuée de préférence par voie endo buccale : muqueuse (avantage esthétique), à condition que cet abord permette un bon drainage de la collection (83), ou encore par voie exo buccale grâce à une incision cutanée au niveau de la région la plus déclive de la tuméfaction et mise en place d'un système de drainage et d'injection de produit de lavage (46). Le drainage va permettre une rupture de l'anaérobiose, d'éliminer les débris et d'effectuer un prélèvement pour un examen bactériologique et un éventuel antibiogramme (35).

Le drainage est associé à une **antibiothérapie** curative à large spectre (voir tableau I) et un **antalgique** (tableau II), adapté à la symptomatologie du patient. Comme pour la cellulite séreuse le traitement sera réévalué au bout de 48h. Il sera réajusté éventuellement à ce moment-là ou après les résultats de l'antibiogramme (47, 48).

Le **traitement étiologique de la dent causale** conservateur ou non doit être réalisé le plutôt possible, dès que les conditions locales et générales le permettent (20).

3.3. Cellulite subaiguë et chronique

Les formes subaiguës et chroniques succèdent bien souvent à un traitement incomplet, qui laisse persister la porte d'entrée de l'infection. La **thérapeutique repose principalement sur le traitement étiologique** de la dent causale généralement **non conservateur** ou la reprise de traitement du foyer causal dont il faut faire une révision chirurgicale (12).

Dans les formes communes, la voie générale d'**antibiothérapie n'est pas systématique** car pas toujours efficace étant donné que de véritables coques sclérotiques se forment dans le tissu conjonctif rendant la collection impénétrable aux antibiotiques. Pour permettre la guérison de ce type de lésion il faudra combiner un drainage externe avec un débridement chirurgical sous couverture d'une antibiothérapie adaptée à la population bactérienne retrouvée, dans le cas où un antibiogramme est réalisé (7,12,49).

Parfois, la correction d'une cicatrice disgracieuse persistant plusieurs mois après la disparition complète des signes inflammatoires est nécessaire (50).

3.4. Cellulite actinomycosique

Le traitement de l'actinomycose repose sur une **antibiothérapie à forte dose et à durée prolongée**. Le diagnostic positif est le plus souvent posé par l'examen anatomopathologique du prélèvement qui identifie le grain actinomycosique (51).

La pénicilline est efficace sur les actinomyces et constitue le traitement de choix (52). Le traitement peut avoir une durée de 6 semaines jusqu'à plusieurs mois en fonction de la précocité du diagnostic et de l'évolution clinique (20, 51). La chirurgie permettra le drainage des abcès, le curetage des lésions, la mise à plat des trajets fistuleux et l'exérèse des masses nécrotiques pour éviter les récives (51).

3.5. Cellulite gangréneuse

La prise en charge de la cellulite gangréneuse doit être réalisée en milieu hospitalier, en urgence, au bloc avec intubation trachéale ou trachéotomie. L'hospitalisation sous anesthésie générale permet d'assurer un drainage complet de l'abcès, le parage des tissus nécrotiques et le traitement de la porte d'entrée (5, 38). Des drains sont laissés en place pour permettre des lavages au Dakin (54).

L'antibiothérapie par voie intraveineuse est massive et prolongée ; d'un minimum de 2 semaines (53). Après la réalisation de prélèvements bactériologiques l'antibiothérapie parentérale est débutée et peut durer jusqu'à plusieurs semaines (54).

3.6. Cellulite diffuse

Les cellulites diffuses sont aussi appelées fasciites nécrosantes ; La précocité et la qualité du geste sont les éléments déterminants du pronostic (30). Elles nécessitent une prise en charge urgente en réanimation pour traiter le choc septique au niveau général et l'infection au niveau local (40). L'hospitalisation est systématique (8).

L'antibiothérapie, en milieu hospitalier doit être instaurée de façon urgente, en perfusion intraveineuse continue de forte dose pour combattre l'état septicémique et lutter contre la diffusion de l'infection (14). Les protocoles thérapeutiques en matière de prescription de l'antibiothérapie sont variables dans la littérature. Pour la plupart, l'association de référence est une **trithérapie** : Béta-lactamines, Aminosides et Métronidazole (8,55).

- Béta-lactamines : la **pénicilline G** est la molécule de choix (6 à 20M UI/24h répartie toutes les 6 à 8 heures en intraveineuse lente)
- Aminosides : effet synergique efficace sur le staphylocoque et sur la souche *Pseudomonas aeruginosa*. La molécule utilisée est la **Gentamycine** (160 mg/24h en IM).
- Nitro-imidazolés : actifs sur les anaérobies et bonne diffusion gingivale ce qui majore l'effet synergique aux pénicillines. Le produit utilisé est le **métronidazole** (1,5g/24h en perfusion).

La dose et la durée du traitement dépendent du type et de l'évolution de la cellulite. Pour les cellulites diffuses, la durée totale de l'antibiothérapie est en moyenne de 25 jours (8).

Le traitement doit comporter systématiquement un antibiotique dirigé contre les anaérobies, en attendant d'affiner la thérapeutique grâce aux résultats des examens bactériologiques permettant d'établir les germes et leurs sensibilités (20).

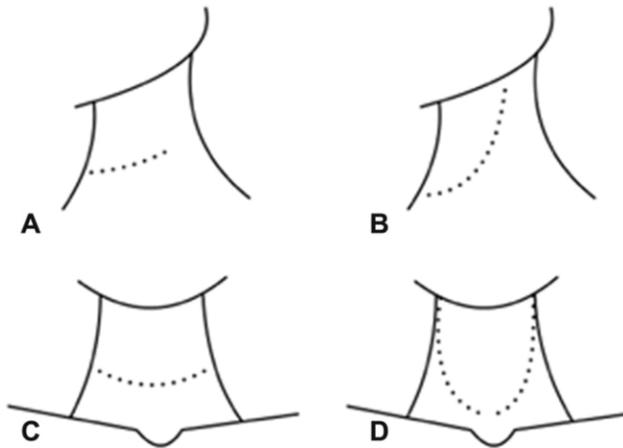
Les anticoagulants (héparine, antivitamines k) préviennent la formation de thrombose veineuse, dont le risque est majoré au niveau cervical en raison de l'état septique local (54,55,56).

Le scanner permet de visualiser la filière orotrachéale. L'intubation est souvent difficile du fait de l'existence fréquente d'un œdème pharyngolaryngé avec refoulement postérieur de la base de la langue. Dans ce cas l'intubation par fibroscopie est une alternative. La trachéotomie n'est pas recommandée en première intention, même si elle assure une ventilation assistée dans de meilleures conditions, car elle favoriserait le passage des germes depuis le champ infectieux cervical vers le tractus respiratoire (56).

L'intervention chirurgicale supprime la porte d'entrée (**avulsion de la dent causale**) et débride les zones nécrotiques et décollées. Son but est de libérer les VADS et d'éviter les complications médiastinales par continuité. Dans le cas des cellulites diffuses ayant pour origine une infection dentaire, les espaces le plus souvent abordés sont les espaces sous-maxillaires ou sous-mentaux. (56).

La voie d'abord de l'intervention chirurgicale doit permettre l'accès à toutes les loges anatomiques cervicales atteintes pour réaliser l'exérèse de tous les tissus nécrotiques : une cartographie précise de l'infection est donc établie à partir du scanner cervico-thoracique réalisé dans les plus brefs délais (56) :

- Le plus souvent, une **cervicotomie unilatérale** (figure 65 : A et B) (incision en « L » de Paul-André) (B), qui suit le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, peut suffire à aborder l'ensemble des régions concernées.
- La **cervicotomie bimastoidienne en U** (figure 65 : D), est réservée aux cellulites de formes bilatérales et/ou gangréneuses marquées par la présence d'un emphysème sous-cutané. Elle permet un accès large à l'ensemble des loges anatomiques cervicales et médiastinales hautes. C'est l'abord de choix, au prix d'une cicatrice non négligeable (figure 67).



(Figure 65)
Tracés d'abord de cervicotomie (57) :
A. Incision transverse-horizontale unilatérale,
B. Incision en L de Paul-André,
C. Incision transverse-horizontale bilatérale,
D. Incision bimastoidienne en U.

L'excision doit donc être menée jusqu'en tissu sain car ces tissus dé-vascularisés n'ont aucun potentiel de régénération et constituent un foyer de développement bactérien. Les sacrifices tégumentaires et musculaires peuvent être importants. Des drains (type : lames souples en silicone de Delbet, drains tubulés multi perforés, lames multi tubulées, drains de Redon) (figure 66) sont laissés en place et la situation est réévaluée quotidiennement. Toutes les loges anatomiques décollées sont lavées, voire frictionnées, ce qui permet la détersion des bactéries résiduelles et des débris nécrotiques (56).



(Figure 66) Cervicotomie unilatérale avec mise en place de lames de Delbet pour système de drainage (58).



(Figure 67) Cicatrice cervicale de cervicotomie à 2 mois (58).

La coordination efficace entre les équipes chirurgicales et de réanimation est cruciale pour la réévaluation régulière des patients et l'optimisation de la stratégie de drainage. Une planification appropriée des soins postopératoires, y compris la rééducation (orthophonie, kinésithérapie) et la surveillance, est nécessaire pour une récupération optimale (56).

D'éventuels gestes de reconstruction plastique locorégionale peuvent se révéler nécessaires. Les corrections esthétiques des cicatrices ne sont réalisées qu'à distance (56).

3.7. Fistule cutanée

L'aboutissement ultime d'une cellulite est bien souvent la fistulisation cutanée qui donne lieu au drainage. La fistule est le témoignage d'une infection au stade chronique, asymptomatique. Cette infection chronique résulte de l'absence ou de l'inadaptation d'un traitement, ainsi il peut s'écouler des semaines voire des années avant que l'infection soit connue (12,59).

Il est courant que les patients présentant des fistules cutanées soient victimes d'erreurs de diagnostic. Les médecins généralistes ou dermatologistes, généralement consultés en première intention, peuvent ne pas toujours soupçonner une cause dentaire sous-jacente et leurs traitements se révéleront inefficaces. Les antibiotiques, bien qu'ils puissent temporairement soulager les symptômes en réduisant la sécrétion purulente, ne résolvent pas la cause sous-jacente. Il y aura donc récurrence une fois l'antibiotique arrêté. Parfois, cette fistule est considérée comme une lésion dermatologique et les tentatives chirurgicales répétées d'excision (figure 68) entraînent une perte de tissu cutané et des déformations irréversibles. Les échecs (figure 69) de traitement sont délétères pour les tissus (59, 87).



(Figure 68) Exérèse du trajet fistuleux et de la fistule cutanée (86).



(Figure 69) Après 11 semaines, réapparition de la fistule, associée à un écoulement purulent (86).

L'aspect de la fistule cutanée n'est pas toujours caractéristique, elle peut simuler un granulome pyogénique, une infection cutanée bactérienne ou fongique, une réaction à corps étranger, un carcinome basocellulaire ou épidermoïde, ou être assimilée à une fistule secondaire à une ostéomyélite, à une fistule congénitale (86).

Le **traitement** est celui **de la cause dentaire**, conservateur ou non. Un **traitement conservateur endodontique** (traitement du canal de la dent et désinfection de la lésion apicale) parfois associé à un curetage apical ou à une résection apicale permet le plus souvent une guérison de la fistule (87). L'antibiothérapie n'est pas suffisante, de même que les tentatives d'exérèse chirurgicale de la lésion cutanée ou du trajet fistuleux, si la dent causale n'est pas soignée (59) (figure 68 et 69). En cas

d'impossibilité de conserver la dent trop délabrée, une **extraction** est réalisée **avec curetage du foyer apical** (87). Le traitement étiologique est suffisant car il entraîne la plupart du temps la guérison de la fistule et sa disparition sous 5 à 15 jours (88). Si la fistule est récente, la cicatrice cutanée sera quasiment invisible (coloration presque identique, plus pale, souple et sans adhérences en profondeur). Au contraire, si la fistule est ancienne, la fistule s'est organisée depuis longtemps d'où des adhérences de la peau aux plans profonds donnant une cicatrice ombiliquée inesthétique (87) (figure 70).



(Figure 70) Aspect de la cicatrice avec plage d'alopecie après 1 an d'évolution (86).

En cas d'adhérence ou de cicatrice disgracieuse, un traitement secondaire de chirurgie correctrice peut être nécessaire pour améliorer l'aspect esthétique (40,60). Il s'agit de réaliser l'excision puis la plastie. Les procédés sont variés : lambeaux de rotation, transposés, pédiculés (59, 89).

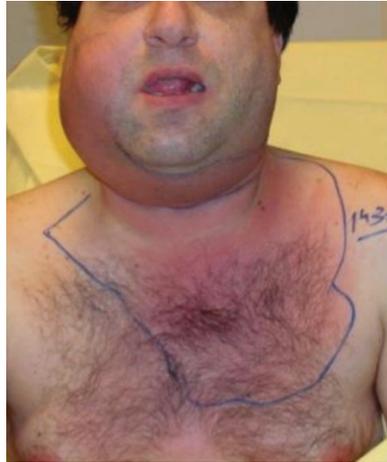
VII. COMPLICATIONS

A partir d'une dent de l'arcade supérieure, la cellulite peut se propager vers le massif facial, la région pterygo-maxillaire et finalement la fosse sous-temporale. La complication la plus redoutable de cette infection est la **thrombophlébite de la veine faciale** (inflammation et formation de caillots sanguins dans la veine faciale). Cela peut éventuellement entraîner une **thrombose du sinus caverneux**, qui est une complication grave impliquant l'atteinte des nerfs crâniens III, IV, VI et V1. Les symptômes peuvent inclure une exophtalmie sévère (saillie de l'œil hors de l'orbite), un œdème des paupières et des signes d'atteinte méningée (5, 43). La prévention de cette complication passe par la prescription d'anticoagulants.

Les cellulites à point de départ mandibulaire, ont la particularité de pouvoir se propager vers les voies aéro-digestives supérieures (VADS) en profondeur et vers le médiastin en bas.

- Parmi les complications graves de ces cellulites, la **compression des VADS** est la plus fréquente et la plus alarmante. Des symptômes graves, dus à l'obstruction des voies respiratoires et de la gorge, peuvent se développer rapidement en quelques heures et mettre la vie en danger. Les signes cliniques alarmants de cette complication comprennent : gonflement du plancher de la bouche provoquant l'élévation de la langue, trismus serré, dysphagie et orthopnée (difficulté à respirer en position couchée). Cette situation nécessite une intervention médicale immédiate amenant à la trachéotomie s'il y a difficulté d'intubation (5).

- **L'atteinte médiastinale** est une dissémination cervico-médiastinale de l'infection favorisée par la parfaite continuité des loges cellulo-graisseuses qui existent entre ces deux régions (32). Les signes généraux sont marqués par un syndrome septique. La **médiastinite** s'accompagne de gangrène et de collection thoracique (figure 71), de troubles respiratoires et cardiaques (23). Elle doit être recherchée dans le cadre d'une cellulite cervicale basse rapidement évolutive avec extension de la rougeur cervicale à la fourchette sternale ou en cas de dyspnée (5, 67). Cette complication gravissime et redoutable impose le transfert en réanimation, un bilan scanographique ainsi qu'un traitement chirurgical urgent (23).



(Figure 71) Cellulite cervico faciale diffuse avec médiastinite : cellulite cervicale basse avec diffusion de la rougeur au sternum (69).

Les cellulites cervico-faciales sont des infections profondes qui peuvent se propager à travers les tissus. En cas de propagation de l'infection dans la circulation sanguine cela entraîne des complications septiques graves. Les bactéries responsables de l'infection se propagent dans le sang (bactériémie) et provoquent une réponse inflammatoire systémique, ce qui conduit à la **septicémie**, également appelée sepsis. Les symptômes comprennent de la fièvre, des frissons, une augmentation de la fréquence cardiaque ou respiratoire, hypotension artérielle, insuffisance respiratoire et altération de la fonction d'organes vitaux (67, 68).

VIII. CRITERES D'HOSPITALISATION

Les signes justifiant une hospitalisation du patient sont multiples. Le bilan de gravité tient compte à la fois : (61,62)

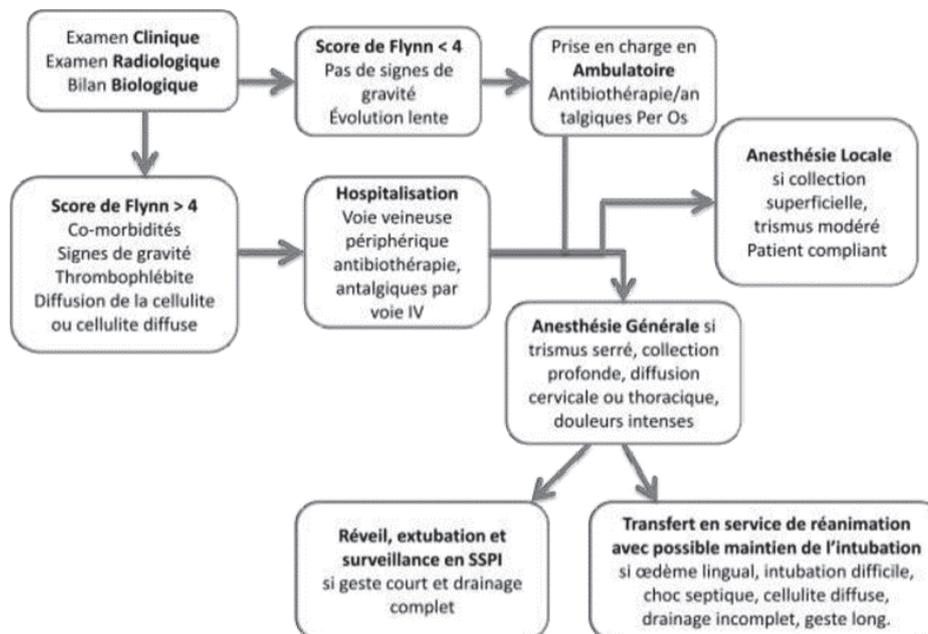
- Du **terrain médical** : présence de comorbidités, dénutrition. Les patients fragilisés sur le plan immunitaire (diabétiques non équilibrés, immunodéprimés) sont considérés comme à risque.
- Des **signes cliniques associés**. Sur le plan local, trismus, dysphonie, *dysphagie* ou *dyspnée*, il faut redouter une obstruction des VAS. Sur le plan général, il faut s'inquiéter d'un état fébrile (asthénie, fièvre supérieure à 38°C) et d'une altération de l'état général.
- De **l'évolution**. Une virulence particulière de l'infection est suspectée devant :
 - Une évolution rapide (majoration des signes en quelques heures),
 - Un front d'érythème à distance des limites périphériques de la tuméfaction et/ou
 - Une crépitation à la palpation.
- De la **localisation** : localisation postérieure, cellulite para pharyngée faisant courir le risque d'obstruction respiratoire, extension à plusieurs loges anatomiques nécessitant un drainage sur plusieurs sites.

La présence de l'un de ces signes ou de plusieurs signes associés doit inciter à recourir à un avis hospitalier.

Le score de Flynn est couramment utilisé pour décrire la sévérité d'une cellulite en fonction des loges anatomiques concernées et des risques qui en découlent quant à l'atteinte des organes vitaux et des voies aériennes supérieures. Il se présente comme suit : un indice de gravité est donné pour chaque espace anatomique atteint. Le score de gravité correspond à la somme des indices de gravité pour chacun des espaces anatomiques qui ont été touchés par la cellulite (32) (tableau V).

Localisation anatomique	Loges anatomiques atteintes	Score de sévérité
Dents maxillaires	Loge vestibulaire	1
	Loge infra orbitaire	1
	Loge sous périosté	1
	Loge infra temporale	2
Dents mandibulaires	Loge vestibulaire	1
	Loge sous périosté	1
	Loge sous mandibulaire	2
	Loge sublinguale	2
	Loge sous mentale	2
	Loge ptérygo-mandibulaire	2
	Loge massétérine	2
Cou et thorax	Loge temporale superficielle	2
	Loge latéro-pharyngé	3
	Loge rétro-pharyngé	3
	Loge pré-trachéale	3
	Espaces critiques	3
	Médiastin	3

Tableau V : Espaces impliqués dans les infections sévères d'origine dentaire basé sur leur localisation anatomique et leur score de sévérité associé développé par Flynn et al. (63)



(Figure 72) Organigramme de prise en charge des cellulites d'origine dentaire en fonction du score de Flynn (Dr ALDOS A J.) (40).

IX. CAS CLINIQUES

Cas n°1 : DRAINAGE ENDOBUCCAL

- 1) Une patiente de 49 ans, sans ATCD particulier, consulte dans notre centre dentaire à Nice pour une tuméfaction palatine évoluant depuis 8 jours, très douloureuse (douleur 10/EVA).
 - L'examen clinique montre **une tuméfaction** d'environ 2 centimètres, située au niveau **du palais osseux**, recouverte d'une fibro-muqueuse **inflammatoire**, douloureuse à la palpation, de consistance molle, en regard de la dent numéro 23 couronnée. 26 est à l'état de racine (figure 73).
 - L'examen rétro-alvéolaire révèle une image péri apicale sur 23 sous bridge et fracture de lentulo dans le sulcus en mésial de 23 entraînant une perte osseuse entre la 22 et la 23 (figure 74).



(Figure 73) Voissure palatine en regard de 23

(Figure 74) Rétro-alvéolaire de 23

(Collection Dr Catherine Pesci-Bardon)

Conduite à tenir :

- » Drainage de l'abcès [direction de l'incision et situation]
 - » Prescription : antalgique de palier 2 + bi antibiothérapie probabiliste et réévaluation après 48 h de traitement (durée du traitement antibiotique 7 jours)
 - **Antalgique** : Paracétamol codéiné 500mg/30mg, 1 ou 2 comprimés par prise, à renouveler si nécessaire toutes les 6 heures, sans dépasser 6 comprimés par jour
 - **Antibiotiques** : 3g/j d'Amoxicilline associés à 1,5g/j de Métronidazole en 2 ou 3 prises par jour
 - » Après refroidissement : section du bridge et avulsion de 23
- Il s'agit d'un **abcès sous périosté**, au stade suppuré avec fluctuation

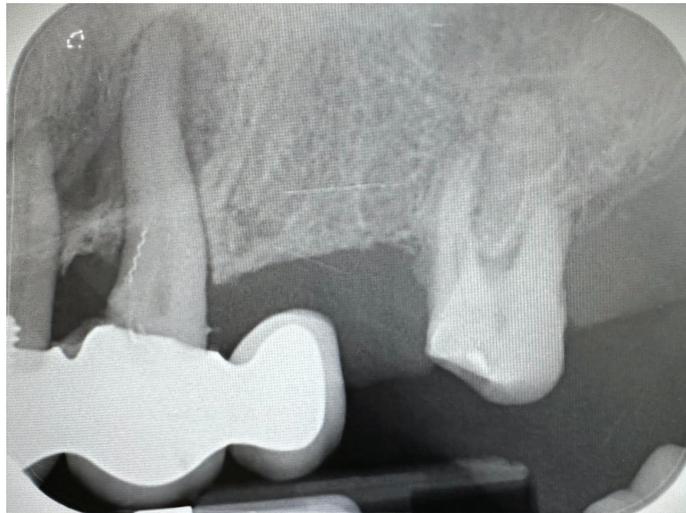
Lors de la première visite en urgence de la patiente, le drainage local a été réalisé, il a été prescrit de l'Augmentin pendant 7 jours et paracétamol codéiné. La patiente n'a pas donné suite au rendez-vous suivant, consciente que le traitement reposait sur l'avulsion de 23 faisant partie de son bridge antérieur, ce qui aurait été préjudiciable à l'esthétique.

- 2) Un an plus tard la patiente revient avec la même tuméfaction palatine sous périostée d'environ 2cm localisée sur le côté gauche en regard de la 23 recouverte d'une fibromuqueuse inflammatoire.

Dans cette séance :

- Une nouvelle radio a été réalisée (image apicale sur 23 + lentulo dans le sulcus) (figure 75)
- Le drainage de l'abcès a de nouveau été effectué à la lame froide (figures 76 et 77)
- Nouvelle prescription : Paracétamol codéiné associé à Amoxicilline + Métronidazole et bains de bouche Eludril Perio.
- Avulsion non réalisée : 23 sous bridge, la patiente refuse l'extraction pour motif esthétique

→ Pas de nouvelles de la patiente nous ne savons pas si le traitement étiologique a été réalisé.



(Figure 75) Nouvelle radio rétro-alvéolaire de 23, un an plus tard



(Figure 76) Incision de drainage



(Figure 77) Drainage par compression mécanique de la collection avec miroir de bouche et aspiration du pus

(Collection Dr Catherine Pesci-Bardon)

Cas n°2 : DRAINAGE PAR VOIE CANALAIRE

Jeune enfant de 9 ans, consulte pour une tuméfaction sous mandibulaire gauche évoluant depuis plusieurs semaines (figure 78).

- L'examen clinique montre une tuméfaction localisée du côté gauche sous la mandibule. Elle est dure, arrondie, d'environ 3 centimètres avec une coloration rouge-violacée. Peau qui pèle autour de la tuméfaction. La tuméfaction est non douloureuse à la palpation et non chaude.
- L'examen panoramique révèle une carie sur 36 avec atteinte pulpaire et image radio-claire en regard des apex de la 36 (figure 79).

→ Il s'agit d'une **cellulite génienne basse gauche en cours de fistulisation** chez un enfant de 9 ans en relation avec une infection localisée sur la 36. C'est une **cellulite subaiguë/chronique** qui a évolué lentement certainement à la suite d'un ATCD de cellulite suppurée non ou mal pris en charge.



(Figure 78) Tuméfaction sous mandibulaire gauche.
Nodule d'environ 3 cm, peau rouge-violacée,
desquamation de l'épiderme
(Collection Dr Catherine Pesci-Bardon)



(Figure 79) Radio panoramique montrant la
denture mixte de l'enfant et l'atteinte de 36
(Collection Dr Catherine Pesci-Bardon)

Conduite à tenir :

- » Dent conservable : ouverture de la chambre pulpaire effectuée, avec parage canalaire pour évacuer le contenu purulent par le système endodontique. Dans ce cas la dent reste ouverte 48h/72h
- » Prescription :

→ **Antibiothérapie** pendant 7 jours pour empêcher la diffusion de l'infection.

Amoxicilline + Acide Clavulanique : 40 mg/5mg /kg/j à 80 mg/ 10 mg/ kg/j en trois prises sans dépasser 3000 mg/kg/j ou Amoxicilline 50 à 100 mg/kg/j en 2/3 prises espacées de 8h + Métronidazole 30 mg/kg/j en 2 ou 3 prises.

→ **Antalgiques** en cas de douleurs

Paracétamol : 60 mg/kg/jour, à répartir en 4 prises, soit environ 15 mg/kg toutes les 6 heures ou 10 mg/kg toutes les 4 heures

→ **Bain de bouche** : CHLOREXIDINE 0,12% sans alcool,

La prescription sera parfois le seul acte lors de la consultation selon le degré de coopération de l'enfant, l'importance des signes cliniques et si un trismus important est présent.

- » Dans le milieu hospitalier un drainage cutané de seconde intention peut aussi être fait dans les cas de cellulites fistulisées à la peau.
- » Suivi de l'évolution de l'infection : le patient est revu 48-72h après.
→ Traitement endodontique réalisé avec séances de désinfections canalaire régulières à l'hypochlorite de sodium et inter-séances d'hydroxyde de calcium jusqu'à guérison du péri-apex puis obturation hermétique du système canalaire.

Cas n°3 : DRAINAGE EXOBUCCAL CUTANÉ

Patient de 58 ans, fumeur 10 cig/j, sans ATCD particulier, se présente au service des urgences avec une tuméfaction sous la mandibule à droite et un léger trismus.

- A l'examen clinique on observe une tuméfaction bien limitée/circonscrite sous mandibulaire droite (génienne basse). L'aspect des téguments est rouge. Le **caractère majeur est la fluctuation (Signe du Godet ++)** (A)



(Figure 80) (A) Cellulite génienne basse droite, circonscrite au stade de suppuration (collection Dr Catherine Pesci-Bardon)

→ Il s'agit d'une **cellulite génienne basse circonscrite au stade de suppuration.**

Conduite à tenir :

- » Drainage chirurgical cutané de la collection :
 - Anesthésie à la surface si nécessaire
 - Incision au point le plus déclive de la collection à la lame froide (B)
 - Drainage (C) avec compression manuelle (D et E)
 - Débridement
 - Lavage à la solution antiseptique
 - Mise en place de drains et suture si nécessaire
 - Pansement.
- » Prescription :
 - **Antibiotiques** : Amoxicilline + Acide clavulanique 3g/j pendant 7 jours,
 - **Antalgique** : paracétamol ou paracétamol codéiné en fonction de la douleur

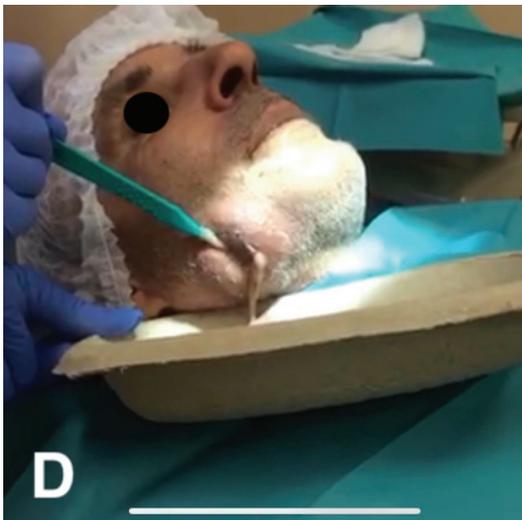
- » Dans le cas où la dent n'est pas conservable : extraction ultérieure dite à froid.
- » Contrôles réguliers.



(B) Incision au bistouri (lame froide) au centre de la tuméfaction point le plus déclive de la collection



(C) Écoulement de pus spontané juste après l'incision



(D) Drainage par compression manuelle



(E) L'écoulement est un mélange de pus et de sang

CONCLUSION

Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire représentent une pathologie assez fréquente, aux formes cliniques variées et impressionnantes, où le pronostic vital du patient peut être engagé. La gestion de ces infections nécessite une approche intégrée, allant de la prise en charge initiale des symptômes à la résolution de la cause sous-jacente ainsi qu'un bon suivi pour favoriser la guérison complète. Le place du chirurgien-dentiste dans le diagnostic et l'évolution de ces pathologies est donc fondamentale.

La prise en charge médico-chirurgicale comprend obligatoirement l'élimination du foyer infectieux dentaire, ce qui justifie le rôle prépondérant du chirurgien-dentiste, à laquelle il faut ajouter une antibiothérapie ciblée, le drainage de l'accumulation de pus lorsque nécessaire et la gestion de la douleur. En cas de doute ou d'évolution défavorable, il ne faudra pas hésiter à adresser le patient vers un service hospitalier.

Il est crucial que les patients consultent rapidement en cas de soupçon de cellulite cervico-faciale pour bénéficier d'un traitement précoce et approprié afin de réduire les désagréments esthétiques, les thérapeutiques inefficaces et les destructions tissulaires irréversibles ; et d'éviter toutes complications avec diffusion aux tissus environnants.

Il est important de noter que les conséquences cutanées du traitement peuvent varier en fonction de la gravité de l'infection, de la rapidité de la prise en charge, des techniques chirurgicales utilisées et de la réponse individuelle du patient. La plupart des effets secondaires cutanés sont temporaires et s'améliorent avec le temps.

La porte d'entrée étant essentiellement dentaire, l'espoir de voir reculer cette affection aux complications redoutables, repose sur une intensification de la politique de santé bucco-dentaire. Ces pathologies constituent une source inéluctable de dépenses élevées en matière de santé en raison de la prescription indispensable des antibiotiques et de la nécessité d'une hospitalisation dans certains cas, mais aussi vis-à-vis du risque de résistance aux antibiotiques, d'où le besoin impératif d'une prophylaxie dentaire efficace moyennant des mesures de prévention simples et une éducation sanitaire ciblée.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) **M. Lakouichmi, K. Tourabi, B-E. Abir, S. Zouhair, S. Lahmiti, N. Mansouri Hattab.** Les cellulites cervico-faciales graves, facteurs et critères de gravité Pan Afr Med J ; 2014 ; 18 :57.
- (2) **S. Rouadi, L. Ouaisi, R. El Khiati, R. Abada, M. Mahtar, M. Roubal, A. Janah, M. Essaadi, F. Kadiri.** Les cellulites cervico-faciales à propos de 130 cas. Pan Afr Med J. 2013 ; 14 : 88.
- (3) **Ayoubi Al, Ayoubi FE, Emmanuel M, Guertite A, Boulaïch M, Essakalli L et al.** Diffuse cervico-facial cellulitis of dental origin : about a 60 case study. Med. Bucc. Chir. Bucc. Maroc. 2009 ; 15 : 127-35.
- (4) **Toledo Arenas R, Descroix V.** Urgences odontologiques. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2010.
- (5) **CH Bertolus :** Cellulite cervico-faciale. Urgences 2011 ; Chapitre 52
- (6) **Fridi, Chabni, Kabaz, Mechentel, Zenati, Lemoudda.** Profil bactériologique des cellulites circonscrites cervico-faciales d'origine dentaire. Mémoire : Med. Dent. Algérie. 12 juillet 2021.
- (7) **David Brunato.** Les cellulites d'origine dentaire : classification, étiologie, bactériologie et traitement. Illustrations cliniques. Th : Chir. Dent. 28 juin 2005
- (8) **S. Benzarti, A. Mardassi, R. Ben Mhamed, A. Hachicha, H. Brahem, Akkari, I. Miled, M. K. Chebbi.** Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire à propos de 150 cas. J. tun orl - n° 19 décembre 2007.
- (9) **Mathieu D., Neviere R., Tellion C., Chagnon J.L., Lebleu N., Wattelf.** Cervical necrotizing fasciitis : clinical manifestations and management. Clin. Infect. Dis., 1995,2.1, 51-56.
- (10) **Jean-Christoph Fricain.** Chirurgie orale - Référentiel Internat 2017. p.501-522
- (11) **Peterschmitt Benetreau S.** Cellulites chroniques aspects cliniques et thérapeutiques. Th : Chir. Dent. : Paris V : 1983.
- (12) **J.M Peron, Charles-Nicolle :** Cellulites et fistules d'origine dentaire. Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS 2002
- (13) **Gill Y., Scully C :** Orofacial odontogenic infections. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol ; 1990 Aug ; 70(2) :155-8
- (14) **Aissa Mamoune, Bakhti, Zazoua Khames :** Aspects cliniques et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire au niveau du CHU de Tlemcen. Mémoire : Med. Dent. Algérie. 18 juin 2014
- (15) **Gaillard A.** Cellulites et fistules d'origine dentaire. Encycl. Med Chir (Paris - France), 22-033A-10 Stomatologie 1989
- (16) **Bado F, Fleuridas G, Lockhart R, Chikhani L, Favre-Dauvergne E, Bertrand JC, Guilbert F :** Diffuse cervical cellulitis about 15 case. Rev Stomatol Chir Maxillofac ; 1997 Oct
- (17) **J. Miloundja, S. Assini, J-M. Mandji Lawson, M. Ondounda, J-S. Koumba, P. Lekassa, M. Inibend, L. N'zouba.** Cellulites cervico-faciales diffuses : 32 cas vus à Libreville. July 2011. Cahiers de Santé 21(3) :153-7
- (18) **Elodie Carlot.** Étude d'une nouvelle approche thérapeutique des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire : à propos de 50 cas. Th : Chir. Dent. 4 novembre 2014
- (19) **Thiéry G, Haen P, Guyot L.** Cellulites maxillofaciales d'origine dentaire. EMC -Chirurgie orale et maxillo-faciale 2017 ;12(3) :1-12 [Article 22-033-A-10]
- (20) **Berrouane A., Hameg M., Khiair K., Osmani L., Sadadou D :** Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire Expérience du CHU de Tizi-Ouzou. Th : Chir. Dent. 2021
- (21) **Brooki.** Antimicrobial therapy of skin and soft tissue infection in children. J. Am. Pediatr. Med. Assoc., 1993, 83, 398-405.
- (22) **Herrera D, Roldan S, Sanz M :** The periodontal abscess: a review. J. Clin. Periodontol., 2000, 27, 377-386
- (23) **N. Davido ; F. Barer ; K. Yasukama :** Cellulites faciales odontogènes de l'adulte. Prise en charge médico-chirurgicale. L'information dentaire n° 21 -25 mai 2011
- (24) **Boca P, Moreau P.** Complications cervicales d'infections dentaires. Les causes -le diagnostic -le traitement. Acta Oto-rhino-laryngologica Belgica ; 1995 ; 49(1) :37-44
- (25) **N'guessan Eric, Kouassi Zegbeh, Ogou Kevin Elie Digbeu, Pornan Issa Jules Béréte, Fazo Landry Teti, Angel Michael Goulé, Grébéret Emmanuel Crezoit. :** Facial Cellulitis of Dental Origin : Experiments from the University of Bouaké Health Centre (Cote d'Ivoire). Open journal of stomatology, Vol.10 No.5, 2020
- (26) **Sandor GK, Low DE, Judd PL, Davidson RJ :** Antimicrobial treatment options in the management of odontogenic infections. J Can Dent Assoc ; 1998 Jul-Aug ; 64(7) :508-14

- (27) **Mouton C, Robert JC** : Bactériologie bucco-dentaire, Masson, Paris 1993
- (28) **TINE C. A. B.** Les aspects cliniques et thérapeutiques des cellulites péri maxillaires dans la région de Dakar. Thèse Chir. Dent. Dakar 2004 ; n°15.
- (29) **Cadou BADIANE.** Aspects cliniques et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire Étude prospective de 55 cas. Thèse Chir. Dent. Dakar 2001 n°15 : 11-13
- (30) **ALQAS TOMA Lazare.** Facteurs prédictifs du risque de diffusion de cellulites cervico-faciales odontogènes : Étude rétrospective à propos de 80 cas. Th : Chir. Dent. 16 septembre 2021
- (31) **S. Boisramé-Gastrin, V. Ahossi, S. Gathion, M. Tazi, P. Larras, D. Honnart, D. Perrin** : Infectious emergencies in odontology: retrospective study in a french hospital. February 2011. Méd. Bucc. Chir. Bucc. 17(2) :91-99
- (32) **Marianne FILIPUZZI** : Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire avec diffusion médiastinale, un problème de santé publique actuel étude de cas hospitalisés au CHU de Nancy entre 2004 et 2013. Th : Chir. Dent. 18 janvier 2016
- (33) **Dr Thierry Delorme** : Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. I-6-Q66. La revue du praticien, vol. 57, 30 septembre.
- (34) **J. La Rosa, S. Bouvier, O. Langeron** : Prise en charge des cellulites maxillofaciales - Vol 12 - N° 5 P. 309-315 - octobre 2008
- (35) **T. Randriamanantena, R-A. Rakotoarison, D'A. Rakotoarimanana, T. Razafimbahoaka, H. Randriamanantenasoa, JAB. Razafindrabe** : Traitement chirurgical des cellulites odontogènes dans le Service de Chirurgie maxillofaciale du CHU d'Antananarivo. Med Buccale Chir Buccale 2011 ;17 :195-201
- (36) **Ginestet G.** Atlas de technique opératoire - Chirurgie stomatologique et maxillo-faciale : Incision des collections suppurées d'origine dentaire (pp. 167-75). Éditions médicales, Paris, 1963.
- (37) **Murat I.** Pharmacologie en anesthésie-réanimation : les anesthésies locales transcutanées (pp. 597-600). Arnette, Paris, 1998.
- (38) **Boucher Y, Cohen E.** Urgences dentaires et médicales - Conduites à tenir Prévention chez le patient à risque. p.119-130
- (39) **Fragiskos D. Fragiskos.** Oral Surgery – Edition Springer 2007. p.205-238
- (40) **Aldosa J.** Prise en charge et suites opératoires des cellulites infectieuses graves d'origine dentaire Étude rétrospective au CHU de Nancy. Th : Chir. Dent. 10 juillet 2015.
- (41) **Mohammed Sadek** (interne en médecine dentaire) : Conduite à tenir devant une cellulite péri maxillaire décembre 2013. (Internet) leblogdentaire.com
- (42) **Gharsallah F, Lakehal A, Saidi A.** Les cellulites cervico faciales graves d'origine dentaire au CHU de Constantine (Algérie). Jam Vol XXV, N°2 Mars/Avril 2017. Journal algérien de médecine.
- (43) **Pascal De March.** Cellulites cervico-faciales et hospitalisation d'urgence. Publié le 12.09.2019. Paru dans l'Information Dentaire n°31 - 18 septembre 2019
- (44) Afssaps. Recommandations 2011. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire.
- (45) **Karlowisky J., Fergusson J., Zhanel G** : A Review of commonly prescribed oral antibiotics in general dentistry. J. Cah. Dent. Assoc., 1993, 59, 297-300.
- (46) **S. Bensouda, I. Benyahya, S. Msefer.** Les cellulites d'origine dentaire chez l'enfant. Lecourrierdudentiste.com, Article publié le 15-04-2001
- (47) **Davido N, Toledo-Arenas R** : Foyers infectieux dentaires et complications, EMC (Elsevier Masson SAS, paris), Traité de Médecine Akos 2010 : 7-1105. 1-6
- (48) **Taright S** : La prescription en médecine dentaire, deuxième édition OPU 2006. p.24-84
- (49) **Peterschmitt Benetreau S.** : Cellulites chroniques aspects cliniques et thérapeutiques. Th : Chir. Dent. : Paris V : 1983.
- (50) **L. Dubreuil, C. Neut** : Arguments microbiologiques pour optimiser l'antibiothérapie empirique des cellulites cervico-faciales. Janvier 2010. Med. Bucc. Chir. Bucc 11(1)
- (51) **Bouchra Badre, Mustapha Essaadi, et Samira El Arabi.** L'actinomyose cervico-faciale : à propos d'un cas. Pan Afr Med J. 2013 ; 14 : 147
- (52) **Alamillos- Granados FJ, Dean-Ferrer A.** : Actinomycotic Ulcer Of The Oral Mucosa : An Unusual Presentation Of Oral Actinomycosis. British Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery. 2000 ;38(2) :121–123.
- (53) **Kallel F.** : Les cellulites aiguës cervico-faciales d'origine dentaire. Th : Chir. Dent. : Reims : 1978
- (54) **Mateo J, Petipas F, Payen D.** : Severe cervical skin and soft tissue infections and necrotizing fasciitis. Ann Fr Anesth Reanim 2006 ; 25(9) :975—7.
- (55) **Avril MF, Peyramond D.** : Érysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. Texte court. Méd Mal Infect. Mai 2000 ;30 (Suppl 4) (5):239-40.

- (56) **J-P. Blancal, R. Kania, E. Sauvaget, P. Tran Ba Huy, J. Mateo, J.-P. Guichard, A. Fraticelli, A. Mebazaa, P. Herma.** : Prise en charge des cellulites cervico-faciales en réanimation. EM Réanimation (2010) 19, 297—303
- (57) **C. Miguel Chiesa-Estomba, J-A. Sistiaga-Suarez, I. Thomas-Arrizabalag, J-A. González-García, E. Larruscai, X. Altuna.** : Functional Results of Transverse Extended Incision in Cervical Neck Dissection. October 30, 2019 1809-9777
- (58) **C. Dubernard, S. Bellanger, G. Chambon, H. Leon, J-H. Torres, J. Lozza.** Cellulite d'origine dentaire engageant le pronostic vital : à propos d'un cas. Médecine buccale chirurgie buccale VOL. 15, N° 3 2009 p.119
- (59) **Cécile GENESTIER.** Les fistules infectieuses d'origine dento-maxillaire. Th : Chir. Dent. 11 octobre 2011
- (60) **L. Guyot, M. Foletti, C. Chossegros, G. Thiery** – Fistules d'origine dentaire. EM. 28/02/17
- (61) Recommandations de la SFCO : prise en charge des foyers infectieux buccodentaires. Med. Bucc. Chir. Bucc. 2012
- (62) **Pascal De March.** Cellulites cervico-faciales et hospitalisation d'urgence. Paru dans L'Information Dentaire n°31 - 18 septembre 2019
- (63) **Timothy W. Neal, Thomas Schlieve.** Complications of Severe Odontogenic Infections : A Review. Biology (Basel). 2022 Dec ; 11(12) : 1784
- (64) **Flynn, T.R. ; Shanti, R.M. ; Hayes, C.** Severe odontogenic infections, part 2 : Prospective outcomes study. J. Oral Maxillofac. Surg. 2006, 64, 1104–1113.
- (65) **Hould (R).** Histologie descriptive et éléments d'histopathologie. Paris : Maloine, 1982
- (66) **G. Couly.** Anatomie topographique maxillo-faciale. Stomatologie, 1978, Médecine buccale, France : EMS (Elsevier Masson sas, paris), 2008
- (67) **A. Haouane.** Les cellulites cervico-faciales Expérience du service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie hôpital militaire Avicenne Marrakech. Thèse Chir. Dent. 4 juillet 2018.
- (68) **Joseph D Forrester.** Septicémie et choc infectieux. MD, MSc, Stanford University. Mars 2023
- (69) **Jean-Philippe Foy.** Infections en chirurgie maxillo-faciale. DESC Maladies infectieuses. Mars 2022. <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/desc/2022/seminaire-mars-2022/t-8-jeudi-31.03/conf-4-infections-cmf-jpfoy-mars-2022.pdf>
- (70) **C. Chossegros, A. Varoquaux, C. Collet.** Lithiases et sténoses salivaires. EMC - Chirurgie orale et maxillo-faciale 2015 ;10(4) :1-18
- (71) Tumeurs et cancers du visage et de la bouche. Centre hospitalier universitaire de Nantes. Publié le 17 juin 2008
- (72) ADÉNITES CERVICALES. ORL PEDIATRIQUE MARSEILLE. AP-HM <http://fr.ap-hm.fr/site/orl-pediatrique/soins/adenites-cervicales>
- (73) **Doddoli C., Trousse D., Avaro J.-P, Djourné X.-B, Jaussaud N., Gludicelli R., Fuentes P., Thomas P.** Traitement des médiastinites descendantes nécrosantes aiguës, EMC Techniques chirurgicales – Thorax, 2009
- (74) **W. Mahfoud, M. Khazana, I. Benyahya.** Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire. Cas clinique. Le courrier du dentiste. Publication : 16 juillet 2021
- (75) Cellulite Cervico-Faciale. 6ème année médecine – Rotation 3 – 2017/2018. Module des Urgences Médico-Chirurgicales <https://www.studocu.com/row/document/universite-sidi-mohamed-ben-abdallah-de-fes/medecine-generale-imagerie-medicale/cellulite-cervico-faciale/46434034>
- (76) **S. Haitami, L. Kissi, M. Hamz, C. Rifki, I. Benyahya.** Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire : étude transversale. Rev Odont Stomat 2016 ;45 :300-309 December 2016
- (77) **Lyonna.** Prélèvements bactériologiques per-os systémique dans le choix du traitement des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire. France : s.n., 2006
- (78) Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire. Zoom dental student. Vidéo YouTube juin 2020. https://www.youtube.com/watch?v=3FVNB7SNGQk&ab_channel=Zoomdentalstudents
- (79) Cours de MBCB, cours n°8 (partie 2), Cellulites, **Dr Marteau** <https://docplayer.fr/15304922-Cellulites-partie-2.html>
- (80) **Dr. Albert Hauteville.** Les cellulites d'origine dentaire. Stomatologie et pathologie bucco-dentaire. Maladies buccales. Janvier 2018 <https://conseildentaire.com/les-cellulites-dorigine-dentaire/>
- (81) **Dr. Dorsaf Touil Oueslati.** Les cellulites cervico-faciales diffuses et diffusées. Les signes d'alertes
- (82) **Clémentine Pacorel.** Santé bucco-dentaire du jeune enfant : connaissances et pratiques des professionnels de santé de périnatalité. Thèse : Chir. Dent. 12 janvier 2015.
- (83) **Karengera D., Mir Mohammad H., Lambert S., Reychler H.** Cellulites faciales odontogènes. Actualités odonto-stomatologiques, n°195, septembre 1996.

- (84) **A.A. Bennani-Baïti, A. Benbouzi, L. Essakalli-Hossyni.** Les cellulites cervico-faciales : l'impact de l'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens. À propos de 70 cas. Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale. Volume 132, Issue 4, September 2015, Pages 169-173
- (85) **Asmaa Bennani, Karima Jawad.** Fistules cutanées d'origine dentaire. African journal of dentistry et implantology. Journal de la médecine dentaire. N°13/2018
- (86) **L. Oualha, S. Bagga, N. Douki, F. Ben Amor, J. Selmi.** Fistule cutanée d'origine dentaire : recherche de la dent causale. Med Buccale Chir Buccale 2011 ;17 :39-43
- (87) **Guyot L., Catherine JM, Richard O, Olivi P, Chossegros C.** Fistules cutanées d'origine dentaire. Ann Dermatol Venereol 2006 ; 133 : 725-727.
- (88) **B R Johnson , NA Remeikis, J E Van Cura.** Diagnosis and treatment of cutaneous facial sinus tracts of dental origin. J Am Dent Assoc. 1999 Jun ;130(6) :832-6.
- (89) **GÜLEÇ AT, SEÇKIN D, BULUT S, et al.** Cutaneous sinus tract of dental origin., 2001 ; 40(10):650-2.
- (90) **Sandid O.** Indications d'avulsion des dents de sagesse [Internet]. 2018.

TABLES DES ABREVIATIONS

UFSBD	Union française pour la santé bucco-dentaire
DDS	Dent(s) de sagesse(s)
AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
ATB	Antibiotiques
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
M1	Première molaire
PM1	Première prémolaire
VAS	Voies aériennes supérieures
VADS	Voies aérodigestives supérieures
TDM	Tomodensitométrie
NFS	Numération formule sanguine
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
ATCD	Antécédents
EVA	Échelle visuelle analogique de la douleur

Liste des figures

Figure 1. La maladie carieuse

Figure 2. Péricoronarite

Figure 3. Les espèces bactériennes prédominantes isolées d'infections odontogènes

Figure 4. Cellulite aiguë séreuse odontogène génienne basse

Figure 5. Cellulite aiguë circonscrite suppurée

Figure 6. Cellulite collectée dû à la 36

Figure 7. Comblement vestibulaire avec poche de pus en regard de la dent causale

Figure 8. Cellulite suppurée avec fistulisation à la peau

Figure 9. Cellulite circonscrite suppurée avec fistule cutanée

Figure 10. Cellulite chronique à tuméfaction nodulaire

Figure 11. Cellulite chronique avec nodule sous-cutané indolore adhérent et dur

Figure 12. Cellulite chronique fistulisée dû à une infection dentaire chez une enfant de 9 ans

Figure 13. Fistule en regard d'une tuméfaction récidivante qui disparaissait après automédication et ceci depuis un an

Figure 14. Fistule cutanée bourgeonnante à la suite d'une cellulite non traitée étiologiquement

Figure 15. Cellulite actinomycosique localisé à l'angle mandibulaire droit

Figure 16. Cellulite bilatérale diffuse cervico-thoracique d'origine dentaire

Figure 17. Siège des collections d'origine dentaire dans les loges celluluses de la face

Figure 18. Cellulite génienne basse par infection péri apicale de la M1 inférieure

Figure 19. Cellulite génienne basse gauche

Figure 20. Cellulite vestibulaire inférieure : accumulation limitée de pus entre l'os et le périoste

Figure 21. Cellulite génienne basse en rapport avec l'infection de 46

Figure 22. Cellulite vestibulaire inférieure en rapport avec 46

Figure 23. Cellulite de la région labio-mentonnière. Cellulite labiale inférieure par infection apicale de l'incisive centrale

Figure 24. Cellulite de la région labio-mentonnière. Cellulite du menton par infection apicale de l'incisive centrale

Figure 25. Cellulite mentonnière, tuméfaction de la région du menton

Figure 26. Collection dans l'espace sous-mental.

Figure 27. Cellulite sous -mentale

Figure 28. Schéma des chemins de diffusion des cellulites des 48 et 38.

Figure 29. Illustration schématique de la migration d'un abcès migrateur de Chompret-l'Hirondel

Figure 30. Abcès de Chompret-l'Hirondel, face à une prémolaire inférieure dû à une dent de sagesse

Figure 31. Schémas de l'insertion du muscle mylohyoïdien par rapport aux apex des molaires mandibulaires

Figure 32. Cellulite sus-mylohyoïdienne du plancher buccal

Figure 33. Cellulite sus-mylohyoïdienne avec élévation de la langue en voie de diffusion vers l'oropharynx avec risque d'obstruction des VAS.

Figure 34. Cellulite sous-mylohyoïdienne

Figure 35. Cellulite submandibulaire

Figure 36. Abcès palatin sous-périosté

Figure 37. Abcès palatin sous-périosté

Figure 38. Cellulite vestibulaire

Figure 39. Cellulite génienne haute

Figure 40. Cellulite génienne haute d'origine dentaire avec œdème sous palpébrale

Figure 41. Cellulite naso-génienne

Figure 42. A. Cellulite labiale supérieure ; B. Cellulite sous narinaire

Figure 43. Cellulite labiale supérieure

Figure 44. Kyste sébacé surinfecté

Figure 45. Dacryocystite avec cellulite orbitaire associée

Figure 46. Parotidite aigue gauche

Figure 47. Adénite et adenophlegmon

Figure 48. Radio panoramique avec 36 carié et image radio-claire à l'apex.

Figure 49. Cellulite cervicale. Coupe TDM axiale avec diffusion de la cellulite vers les espaces parapharyngés et abcès rétro-pharyngé

Figure 50. Cellulite submandibulaire. Coupe TDM transversale

Figure 51. Coupe TDM médiastinale avec image gazeuses et collections liquidiennes évoquant une médiastinite aigue

Figure 52. Infiltration anesthésique sous cutanée

Figure 53. Voies d'abord cutanées

Figure 54. Illustration schématique incision cutanée exo buccale sous mandibulaire

Figure 55. Incision exo buccale au bistouri pour drainage d'abcès sous-mandibulaire

Figure 56. Incision cutanée sous mandibulaire chez un patient présentant une cellulite génienne basse

Figure 57. Incision cutanée à partir de la partie la plus déclive de la collection

Figure 58. Pince de Kocher et exploration de cavité pour drainer le pus

Figure 59. Drainage de la collection purulente à l'aide d'une pince de Halsted et compression manuelle

Figure 60. Drain en caoutchouc au niveau du site de l'incision

Figure 61. Système de drainage mis en place au niveau de l'incision

Figure 62. Lames de Delbet mises en place au niveau des 3 incisions de drainage

Figure 63. Lame de Delbet fixée à la peau par des fils de sutures

Figure 64. Crin de florence mise en place à travers la collection

Figure 65. Tracés d'abord de cervicotomie

Figure 66. Cervicotomie unilatéral avec mise en place de lames de Delbet pour système de drainage

Figure 67. Cicatrice cervicale de cervicotomie à 2 mois

Figure 68. Exérèse du trajet fistuleux et de la fistule cutanée

Figure 69. Après 11 semaines, réapparition de la fistule, associée à un écoulement purulent

Figure 70. Aspect de la cicatrice avec plage d'alopecie après 1 an d'évolution

Figure 71. Cellulite cervico faciale diffuse avec médiastinite

Figure 72. Organigramme de prise en charge des cellulites d'origine dentaire en fonction du score de Flynn

Figure 73. Voussure palatine en regard de 23

Figure 74. Rétro-alvéolaire de 23

Figure 75. Nouvelle radio rétro-alvéolaire de 23, un an plus tard

Figure 76. Incision de drainage

Figure 77. Drainage par compression mécanique de la collection avec miroir de bouche et aspiration du pus

Figure 78. Tuméfaction sous mandibulaire gauche

Figure 79. Radio panoramique montrant la denture mixte de l'enfant

Figure 80. Cellulite génienne basse droite, circonscrite au stade de suppuration

Liste des tableaux

Tableau I : Antibiotiques utilisés dans le traitement de cellulites odontogènes et leurs posologies respectives

Tableau II : Classification des antalgiques selon l’OMS

Tableau III : Technique d’anesthésie locale en fonction du siège de la collection purulente ou de l’excision à réaliser

Tableau IV : Types d’incisions de drainage en fonction du siège de la collection

Tableau V : Espaces impliqués dans les infections sévères d’origine dentaire basé sur leur localisation anatomique et leur score de sévérité associé développé par Flynn et al



Approbation – Improbation

Les opinions émises par les dissertations présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ou improbation de la Faculté de Chirurgie dentaire (1).

Lu et approuvé,

Vu,
Nice, le

Le Président du jury,

Le Doyen de la Faculté de
Chirurgie Dentaire d'UCA

Professeur

Professeur Laurence LUPI

(1) Les exemplaires destinés à la bibliothèque doivent être obligatoirement signés par le Doyen et par le Président du Jury.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la probité dans l'exercice de La Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon Devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

L'ASPECT CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES LÉSIONS CUTANÉES DES CELLULITES CERVICO-FACIALES D'ORIGINE DENTAIRE : DESCRIPTION, CLASSIFICATION, PRISE EN CHARGE ET ILLUSTRATIONS

Thèse : Chirurgie Dentaire, Nice, 2024, n° 42 57 24 01

Directeur de thèse : Dr. PESCI-BARDON Catherine

Mots-clés : cellulites cervico-faciales, tuméfaction, odontogène, infections, urgence, diffusion, traitement, fistule.

Résumé :

Les cellulites cervico-faciales sont dominées par les cellulites d'origine dentaire. Elles représentent une affection des tissus mous de la face et du cou dont les formes cliniques sont très variables et fortement extensives. Ces urgences odontologiques, assez fréquentes mais peu connues des patients, requièrent une prise en charge précoce, rapide et efficace pour prévenir des complications fâcheuses voire mortelles. Le chirurgien-dentiste occupe donc un rôle primordial dans le diagnostic, la prise en charge et dans la prévention de cette affection.

A travers ce travail, nous recensons les différentes caractéristiques cutanées des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire selon leurs stades d'évolution, permettant de les diagnostiquer et de les traiter.

Dans un premier temps, l'ensemble des facteurs causaux et des mécanismes pathogènes qui contribuent au développement des cellulites sont passés en revue.

Ensuite, sont présentées les bases cliniques et thérapeutiques. Le chirurgien-dentiste doit identifier l'étiologie de l'infection pour pouvoir ensuite instaurer un traitement efficace, à la fois chirurgical et médicamenteux, ces deux aspects du traitement étant indissociables. Le traitement chirurgical est essentiellement représenté par l'éradication définitive de l'infection, avec l'avulsion de la dent causale, et l'incision plus généralement cutanée permettant le drainage de la collection dont les différentes étapes sont détaillées. Le traitement médicamenteux consiste quant à lui à l'utilisation d'antibiotiques.

Une prise en charge rapide et adaptée permet de réduire les désagréments esthétiques, réduire le risque d'évolution vers une cellulite diffuse et des destructions tissulaires irréversibles.