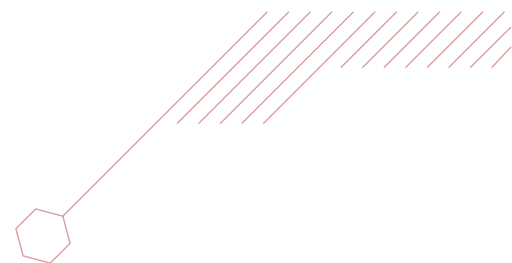


Les infections cervicales : comment prévenir une cellulite ?



H. AINOUCHE,
Service ORL et CCF
CHU Mustapha Bacha, Alger

|| Résumé

Le sepsis est une réponse exagérée de l'organisme à une infection bactérienne, parasitaire ou virale. Cette réponse de l'hôte est variable, et peut se manifester par des signes généraux (fièvre, tachypnée, hyperleucocytose). C'est plus l'importance de cette réaction inflammatoire que l'effet des bactéries qui détermine la sévérité du sepsis et son pronostic. La réponse dépend de nombreux facteurs (jeune âge ou immunodépression) et au délai de mise en route d'une antibiothérapie adaptée. Elle est classée en sepsis sévère et en choc septique. La pathologie pharyngée est un motif de consultation d'urgence extrêmement fréquent, chez le généraliste comme chez le spécialiste. Il s'agit le plus souvent d'affections mineures dont l'évolution spontanée est favorable. Néanmoins un certain nombre d'urgences doivent être reconnues et traitées. Il peut s'agir d'urgence fonctionnelle, lorsque l'aphagie empêche toute ingestion et fait courir un risque de déshydratation ; d'urgence infectieuse lorsque la présence d'une collection suppurée fait courir un risque de complications loco-régionales comme le cas du phlegmon amygdalien, ou encore lorsque la pharyngite est l'un des signes révélateurs d'une infection par le VIH qui impose la mise en route d'une thérapeutique anti retro virale ; ou bien d'urgence vitale comme dans le cas de diphtérie.

>>> Mots-clés :

Adénite, suppurations péripharyngées préstyliennes, rétrostyliennes ou rétropharyngées, cellulite, médiastinite.

Introduction :

Définition : Les infections cervicales sont fréquentes et les suppurations péri-pharyngées désignent les infections bactériennes des tissus du cou avec formation de pus. Les suppurations peuvent être diffuses et extensives le long

Abstract

Sepsis is an exaggerated response of the body to a bacterial infection, parasitic or viral, this response of the host is variable, and can be manifested by general signs (fever, tachypnea, hyperleucocytosis). It is more the importance of this inflammatory reaction that the effect of the bacteria which determines the severity of the sepsis and its prognosis. The answer depends on many factors (young age or immunodepression) and the time to start an adapted antibiotherapy. It is classified as severe sepsis and septic shock. Pharyngeal pathology is a reason for emergency consultation extremely common, at the general practitioner as at the specialist. It is most often minor affections whose spontaneous evolution is favorable. Nevertheless, a certain number of urgencies must be recognized and treated, it can be about: a functional emergency when aphagia prevents ingestion and runs the risk of dehydration; infectious emergency, when the presence of a suppurative collection poses a risk of loco-regional complications such as the case of tonsillar phlegmon, or when pharyngitis is one of the telltale signs of an HIV infection that imposes initiation of anti-viral therapy; vital emergency as in the case of diphtheria.

>>> Key-words :

adenitis, prestylian peripharyngeal suppurations, rétrostyliennes or retro pharyngeal, mediastinitis, cellulitis.

des espaces du cou, réalisant une cellulite cervicale, ou collectées, réalisant un abcès voire une gangrène gazeuse. Les espaces péripharyngées constituent le siège des suppurations. Ils sont limités par les aponévroses du cou. La porte d'entrée est variable, dentaire, pharyngée ou dermatologique avec une infection poly microbienne résistante rendue plus agressive par un terrain immunodéprimé. L'extension rapide de l'infection à travers plusieurs espaces péri-pharyngés constitue sa dangerosité, pouvant engager rapidement le pronostic vital.

Étiologies :

L'infection et l'inflammation des voies aéro-digestives supérieures sont les principales sources de cellulite. L'infection dentaire est la plus fréquente porte d'entrée suivie des infections oropharyngées (infection dentaire (2^{ème}, 3^{ème} molaire)/ angine et phlegmon périamygdalien/ cancer (amygdale, langue, palais)/ traumatisme de la cavité buccale. L'angine (amygdalite aiguë de cause bactérienne) et la pharyngite aiguë sont les principales causes chez l'enfant, comme l'adénite phlegmoneuse, qui diffuse ensuite dans les espaces profonds.

Toute intervention chirurgicale endoscopique peut provoquer un traumatisme iatrogénique et constituer une porte d'entrée évoluant vers une cellulite. Les sialoadénites, les lymphadénites, les corps étrangers entravés de VADS, le mal de Pott, une arête de poisson implantée dans l'œsophage sont des sources potentielles d'une infection grave pouvant provoquer une médiastinite. Une infection cutanée, une plaie cervicale, une chirurgie cervicale, un cathéter veineux cervical sont susceptibles de provoquer une cellulite, tout comme un kyste du tractus thyroïdienne, des kystes des fentes branchiales, une laryngocèle. Une mastoïdite aiguë notamment compliquée d'abcès de Bézold peut provoquer une infection cervicale disséminée. Enfin, une métastase ganglionnaire d'un carcinome épidermoïde peut se surinfecter.

Facteurs de risque :

- **Probables** : Consommation de tabac chez l'adulte, Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) en contexte de varicelle.

- **Possibles** : AINS en dehors d'un contexte de varicelle. Les corticoïdes seraient à risque de médiastinite au cours des cellulites cervicales. L'antibiothérapie ne semble pas réduire les risques de complications infectieuses des pharyngites. Les données de la littérature ne font pas apparaître les états d'immunodéficience comme facteur de risque.

Facteurs prédisposants :

Diabète, Insuffisance Rénale ou hépatique chronique, IHC, HIV, traitement médical (âge, tabac, alcool, malnutrition, grossesse, obésité). La dissémination se fait par contiguïté (cellulites +++), par voie lymphatique, veineuse, ostéo-périostée (origine dentaire +++).

Les adénites :

Adénites cervicales aiguës bactériennes : Les adénites aiguës sont si fréquentes et habituellement si banales en contexte de rhino-pharyngite ou d'angine qu'il n'existe pas de données épidémiologiques précises les concernant. Concernant les autres complications locales (phlegmons peri-amygdaliens, infections péripharyngées, cellulite), leur fréquence serait d'environ 0,3 %. L'histoire naturelle d'une adénite aiguë bactérienne passe par plusieurs phases successives :

- Inflammation limitée au ganglion avec stade pré-suppuratif ou suppuratif
- Extension au tissu de voisinage (adéno-phlegmon) passant par un stade non collecté puis collecté, les suppurations sont plus fréquentes dans les adénites à *Staphylococcus aureus*
- Fistulisation cutanée ou muqueuse selon la localisation de l'adénite. Le *Staphylococcus aureus* et les *Streptococcus* du groupe B touchent l'enfant avant l'âge d'un an, tandis que les *Staphylococcus aureus* et les *Streptococcus pyogènes* atteignent l'enfant de plus d'un an. Le *Staphylococcus aureus* est particulièrement fréquent dans les adénites collectées alors que le *Streptococcus pyogènes* est le germe prédominant dans les adénites non collectées, en particulier chez l'enfant de plus de 3 ans. Les anaérobies sont à craindre en cas de foyer infectieux dentaire. Après l'âge de 5 ans, les infections non bactériennes (EBV, toxoplasmose) deviennent prédominantes.

Les signes de découverte d'une adénite aiguë sont (tableau 1) : la fièvre, les cervicalgies, la tuméfaction latéro-cervicale uni ou bilatérale, un érythème ou œdème cutané ; et l'origine bactérienne de cette adénite aiguë doit être retenue si la durée d'évolution est de moins de 15 jours, si l'âge du patient est entre 1-4 ans, si l'adénopathie est unique et inférieure à 1 cm.

Les signes d'alerte en faveur d'une complication infectieuse cervicale de pharyngite sont : une altération de l'état général, un syndrome septique sévère, l'unilatéralisation des symptômes, un trismus, un torticolis, une tuméfaction latéro-cervicale, une inflammation cutanée et une dyspnée. L'imagerie dans les adénites aiguës bactériennes est inutile sauf dans les cas s'aggravant malgré un traitement antibiotique oral bien conduit

depuis 48 à 72 heures. Les techniques recommandées sont la tomodensitométrie ou l'échographie et cette deuxième technique est moins couteuse mais d'interprétation souvent moins aisée par le clinicien. Chez l'enfant, elle a l'avantage d'être plus rapide et moins irradiante. Ni l'échographie, ni la tomodensitométrie ne sont totalement fiables pour distinguer une collection d'un état pré-suppuratif. Les examens biologiques sont inutiles dans les adénites aiguës non compliquées traitées en ambulatoire. Dans les autres cas (phlegmons peri-amygdaliens, infections cervicales profondes), sont nécessaires :

- **Des prélèvements biologiques** : prélèvements locaux à la seringue, en évitant l'utilisation des écouvillons ; hémocultures en cas de fièvre élevée ou de syndrome septique sévère ; des germes aérobies et anaérobies sont recherchés par des techniques adaptées ; des tests de sensibilité aux antibiotiques sont pratiqués sur les germes isolés ; des techniques de PCR peuvent être ajoutées afin d'accroître la sensibilité de l'enquête microbiologique.

- **Un bilan biologique inflammatoire** : Numération Formule Sanguine, dosage de la CRP et éventuellement de la pro-calcitonine. La répétition de ces examens est parfois indiquée pour surveiller l'état inflammatoire en l'absence d'évolution favorable.



Le phlegmon periamygdalien :

Le phlegmon periamygdalien représente environ 30 % des abcès des tissus mous, c'est une urgence ORL fréquente qui correspond à la formation d'une collection suppurée dans l'espace décollable situé entre l'amygdale (capsule amygdalienne) en dedans, et les constricteurs

du pharynx (paroi musculaire pharyngée) en dehors. 90 % des phlegmons periamygdaliens sont secondaires à une angine ; dans les autres cas, ils font suite à une pharyngite sans signes amygdaliens. Leurs mécanismes restent incertains : diffusion de pus entre la capsule amygdalienne et la paroi musculaire pharyngée ou infection des glandes de Weber, ces dernières sont des glandes salivaires accessoires situées juste au dessus de l'ogive amygdalienne dans le palais mou. Les récurrences de phlegmon surviennent dans environ 10% des cas et elles seraient plus fréquentes en cas d'antécédents d'angines à répétition et avant l'âge de 30-40 ans.

Ils sont rares avant l'âge de 10 ans. Il est caractérisé à la fois par l'importance des signes fonctionnels et le risque de diffusion de l'infection à la gouttière cervicale (tableau 1). La flore bactérienne est commune aux phlegmons periamygdaliens, aux infections péripharyngées et aux cellulites cervicales profondes : les bactéries impliquées ont pour origine la flore commensale oro-et nasopharyngée, un fort pourcentage d'entre elles est sécrèteur de beta-lactamases. La flore pathogène est le plus souvent plurimicrobienne avec une prédominance de bactéries anaérobies (en moyenne trois espèces différentes) associées à des bactéries aéro-anaérobies facultatives, cette association de plusieurs espèces microbiennes représente un facteur de virulence accru (synergisme microbien). Les bactéries du genre *Fusobacterium* ont un pouvoir nécrosant tissulaire marqué et peuvent être à l'origine d'un tableau clinique particulier : le syndrome de Lemmierre. Dans environ un cas sur cinq, l'infection peut être monomicrobienne, notamment due à *Streptococcus pyogenes*. L'imagerie dans les phlegmons periamygdaliens est inutile, la tomodensitométrie est indiquée :

- Lorsque le trismus est tel que l'examen endobuccal est impossible ;

- Lorsque l'on craint une extension de l'infection aux espaces latéropharyngiens, notamment en présence d'une tuméfaction latéro-cervicale haute ou d'un torticolis fébrile ;

- Chez les enfants de moins de 5 ans du fait de la rareté du diagnostic et des difficultés de l'examen clinique à l'abaisse-langue en cas de trismus ;

- En cas d'échec de la ponction alors que l'état général ne s'améliore pas.



L'abcès parapharyngé :

Il représente la 2^{ème} localisation en fréquence après l'abcès péri-amygdalien. C'est une infection bactérienne (Staphylocoque à coagulase +++) collectée, formant une cavité centrée par du pus, délimitée par un tissu conjonctif ; peut être au stade initial ou compliquer une infection diffuse. Les portes d'entrée sont multiples. Selon la localisation pré ou rétrostylienne les signes cliniques et les complications peuvent varier ; ces signes cliniques peuvent être aigus ou subaigus évoluant secondairement vers la suppuration. L'interrogatoire recherchera surtout la date et l'heure de début, mode de début, date du dernier repas; notion d'angine, pharyngite, sinusite, corps étranger, rage ou infection dentaire, lésion cutanée ; prise médicamenteuse : AINS +++ ou en IV (KTT) ; le terrain(diabète, IHC, IR, IRC, hémodialyse, traitement CTC, néoplasie, épisode identique, intervention chirurgicale, traumatisme). Les signes fonctionnels sont représentés par de la fièvre, asthénie, altération de l'état général, dysphagie, odynophagie, dyspnée, dysphonie +++ ; douleur cervicale, torticolis, trismus, toux productive, difficulté à évacuer les sécrétions. Examen physique : (Tableau 1) Altération de l'état général, faciès toxique, trouble de la conscience (très inconstants) ; tachycardie, signes de déshydratation, dyspnée avec tirage, malade en « sniffing position », hypersalivation, érythème, voussure, lésion cutanée, tuméfaction, pustule ou fistulisation, atteinte du nerf crânien. On palpe une infiltration cutanée avec une tuméfaction retro mandibulaire ferme ou fluctuante, chaude, douloureuse, avec des crépitations sous cutanées (anaérobies/ atteinte des VAS) et adénopathie. L'examen de la cavité buccale : notera l'hygiène bucco-dentaire, amygdale (déviée en dedans et en bas) ; trismus (à évaluer pour l'anesthésie), haleine fétide, oropharynx (bombement postérieur, latéralisé ou fistulisation).



Imagerie :

- **RX Cou + Thorax (F+P) :** opacité / épaissement des parties molles, niveau hydro-aérique, lésion rachidienne ou pulmonaire.
- **Échographie cervicale :** Dg et distinction Abcès / cellulite / collection superficielle (guider la ponction).
- **TDM avec injection (examen de référence +++) :** Dg de la suppuration, siège, extension dans les espaces, porte d'entrée, complications (vasculaires) présence d'air (anaérobies). 25 % de faux négatifs. Combiné à la clinique, il offre 95 % de sensibilité et 80 % de spécificité. Tuméfaction arrondie à centre hypodense non rehaussé, coque fibreuse épaisse prenant le contraste +++ / œdème et effet de masse.
- **IRM :** analyse des tissus mous, complications vasculaires +++ (thrombose jugulaire, carotide, rupture, anévrysme)
- **Panoramique dentaire :** porte d'entrée ?

Cellulite :

Cellulites cervicales : sont beaucoup plus rares que les phlegmons periamygdaliens et il n'y a pas de données épidémiologiques précises les concernant. Elle se définit comme une infection des espaces aponévrotiques (fascias) désignant une fasciite. La diffusion peut se faire vers le muscle adhérent (myosite), tissu adipeux profond et structures anatomiques voisines par rupture des barrières naturelles (streptokinase, hyaluronidase), deux formes cliniques à distinguer :

- **La forme adéno-phlégmoneuse :** Infiltration cutanée inflammatoire +++ progressive (fluctuation et ADP). Peut coexister une atteinte locale minime + atteinte majeure des espaces profonds (Imagerie +++).
- **La forme gangreneuse (fasciite nécrosante) :** nécrose des aponévroses et tissu sous cutané dévolutif rapide (quelques heures). Signes de toxi-infection +++, risque d'état de choc, atteinte hépatique/rénale, coloration noirâtre des téguments et crépitations sous cutanées (nécrose gazeuse). Discordance clinique/ degré de nécrose tissulaire... La porte d'entrée est le plus souvent dentaire avec notion de prise d'AINS, et au cours de la varicelle, les risques d'infection nécrosante des tissus mous, induite par les AINS, sont hautement probables. La prescription de corticoïdes serait associée à la survenue d'une médiastinite. Cliniquement (Tableau 1), la cellulite est soupçonnée en présence d'un tableau d'infection préstylienne évoluant depuis un à trois jours, une cellulite cervicale profonde peut se voir devant l'association :
 - d'un syndrome septique sévère ;

- de signes d'atteinte de plusieurs espaces cervicaux ou médiastinaux dont les plus fréquents sont :

- **Sur le plan fonctionnel** : un trismus, un torticolis et ou une limitation des mouvements latéraux du cou, une dyspnée ou une dysphonie.

- **À l'examen clinique** : une tuméfaction cervicale, un placard cutané inflammatoire mal limité et rapidement extensif (peau rouge, indurée, douloureuse ou parfois insensible en cas de nécrose), une crépitation sous-cutanée signant la production de gaz (facteur pronostic péjoratif), un bombement de la paroi pharyngée.

- **L'extension médiastinale** : l'absence d'inflammation cutanée dans la région thoracique n'élimine pas une atteinte médiastinale ; et les douleurs thoraciques, en particulier interscapulaires, sont très évocatrices de ce diagnostic = 40 % de mortalité.

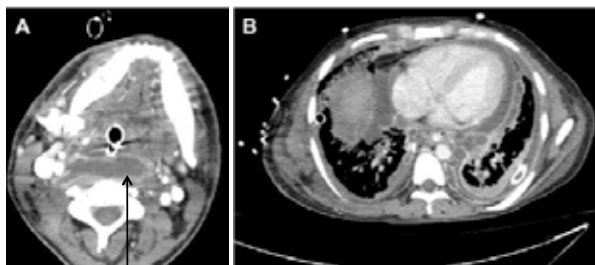
Cellulite 2 :

- L'imagerie de référence dans les suppurations péripharyngées et les cellulites cervicales extensives est la tomodensitométrie. L'IRM, bien que donnant des informations très précises, n'est pas encore très utilisée du fait de sa moins grande disponibilité, de son coût plus élevé, et de sa durée de réalisation plus importante.

- En dehors de son intérêt diagnostique, l'imagerie peut être utilisée pour :

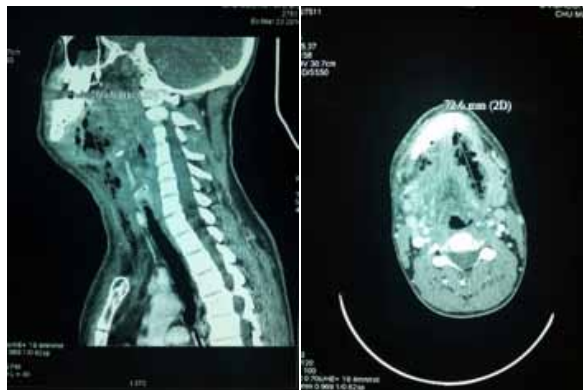
- Guider la ponction d'un abcès difficile à localiser cliniquement, en utilisant soit l'échographie, soit un système de navigation assistée.

- Suivre l'évolution du processus infectieux, en particulier en l'absence d'évolution clinique favorable sous traitement adapté.



A : Abscès rétropharyngien d'origine dentaire

B : extension au médiastin et péricarde



Cellulite cervico-médiastinale d'origine dentaire avec prise d'AINS. Collection de l'espace sous-mandibulaire Gauche avec bulles d'air et extension au médiastin supérieur (espace viscéral)



Infection (espace sous mandibulaire) étendue en cervical antérieur

Les principales anomalies recherchées de la tomodensitométrie :

Cellulite : épaissement des tissus cutanés et sous cutanés.

Fasciite : épaissement des plans aponévrotiques cervicaux.

Myosite : épaissement asymétrique ou prise de contraste des muscles du cou.

Collections liquidiennes dans différents espaces (dont la présence n'est pas indispensable pour porter le diagnostic de cellulite).

Signes inconstants :

- collections gazeuses
- adénopathies inflammatoires

Recherche de l'étiologie : localisation de la porte d'entrée initiale ou de l'espace aponévrotique atteint initialement.

Bilan d'extension :

- Recherche d'une atteinte des espaces parapharyngé ou préstylienne, carotidien ou rétrostylien, rétropharyngien et prévertébral ; masticateur, sous mandibulaire, sous mental, viscéral, parotidien.
- Détermination du trajet de diffusion de l'infection : antérieur, postérieur, inférieur, supérieur.

Recherche de complications :

- Extension thoracique/ médiastinite : infiltration de la graisse médiastinale et/ou collections liquidiennes, possibles épanchements péricardiques, abcès paracardiaux, pleurésies purulentes, préciser l'extension du processus infectieux par rapport à la carène et à la crosse de l'aorte (dicte la voie d'abord chirurgicale).
- Pneumopathies d'inhalations.
- Thrombose de la veine jugulaire interne.
- Pseudo-anévrysme mycotique ou occlusion de la carotide interne.

	Phlegmon periamygdalien	Infection pré stylienne	Adénite rétropharyngée	Adénite rétrostylienne
Âge d'incidence maximale	Adolescent/ adulte jeune	Adulte	Enfant de moins de 7 ans	Enfant de moins de 7 ans
Fièvre	Très fréquent	Très fréquent	Très fréquent	Très fréquent
Odynophagie	Très fréquent	Très fréquent	Très fréquent	Très fréquent
Torticolis/raideur cervicale	Non	Non	Fréquent	Fréquent
Tuméfaction cervicale	Non hormis adénopathies	Fréquent sous mandibulaire et parotidienne	Non	Fréquent
Signes d'examen pharyngés	Très fréquents	Très fréquents	Fréquent	Très fréquent
Trismus	Fréquent	Fréquent	Non	Non
Sialorrhée	Oui	Oui	Rare	Non

Tableau 1

Complications :

Détresse respiratoire : 1^{ère} par ordre de fréquence et de mortalité.

Infections de plusieurs espaces (péri-amygdalien, Ludwig, para et latéropharyngé, viscéral) ; se caractérise par des signes à type de dyspnée (tachypnée), stridor, dysphonie, dysphagie, tirage, tachycardie, cyanose, hypersudation, désaturation. L'examen retrouve un soulèvement de la langue, des amygdales obstructives, un bombement des parois pharyngées ou fistulisation (collection), œdème des CV, épiglotte, corps étranger



- **TDM :** collection/œdème avec effet de masse +++.

Angine de Ludwig : c'est une cellulite sous mandibulaire et sous mentale bilatérale sans abcès ni adénopathie ; qui se manifeste par un syndrome septique

avec odynophagie, altération de la parole, tuméfaction plancher buccal, soulèvement de la langue et diffusion cervicale des signes locaux ; une extension postérieure (base de langue) est à rechercher, signe d'une suffocation.

- **TDM :** comblement hypodense des espaces sous mandibulaire et sous mentale/réduction de la filière pharyngolaryngée.

Médiastinite : C'est la diffusion d'une infection au médiastin, le plus souvent supérieur, dont le diagnostic est difficile car il n'existe pas de symptômes spécifiques. Intérêt de la TDM +++.

- Diffusion à partir de l'espace viscéral latéro et rétropharyngé, carotidien, pré vertébral et espace de danger.
- Atteinte cardiovasculaire, pulmonaire et multiviscérale potentiellement mortelle (20 – 40 %).

Thrombose de la veine jugulaire interne : due à une extension de l'infection (parapharyngé, carotidien, viscéral), primitive (KTT, toxicomanie IV), ou

réactionnelle (aseptique). Cliniquement c'est un cordon induré en avant du SCM, ou état de septicémie qui peut passer inaperçu avec des embolies septiques pulmonaires (dyspnée, toux, hémoptysie, douleur thoracopleurale) réalisant le **syndrome de Lemierre**, des embolies septiques ostéoarticulaires, rétrogrades (abcès cérébral, méningite) sont à rechercher ; et la TDM avec injection de produit de contraste visualisera le thrombus.

Thrombophlébite du sinus caverneux : le point de départ peut être les plexus veineux ptérygoïdiens, la veine faciale angulaire ou ophtalmique ; se manifeste par une fièvre, des troubles de la conscience, un méningisme, un chémosis, une ophtalmoplégie avec dysfonction des nerfs III, IV, VI, une stase veineuse et un œdème rétinien au fond d'œil.

- La TDM avec injection de produit de contraste : élargissement du SC, zones hypodenses ne prenant pas le contraste.

Prise en charge :

• **En ambulatoire** : (Tableau 2) La plupart des adénites aiguës bactériennes se traitent en ambulatoire et les examens biologiques et l'imagerie sont inutiles en l'absence de complications ; la durée du traitement est de 10 à 14 jours et il est préférable de poursuivre l'antibiothérapie durant au moins 5 jours après résolution complète des symptômes. Certains phlegmons peri-amygdales peuvent se traiter en ambulatoire après avis ORL spécialisé en dehors d'une aphasie ; la prise en charge repose sur la ponction du phlegmon et sur une antibiothérapie intraveineuse. Les infections péripharyngées et les cellulites cervicales profondes nécessitent une hospitalisation rapide dans un centre expérimenté dans la prise en charge de ce type d'infections. Les signes de gravité faisant craindre une complication susceptible d'engager le pronostic vital dans les infections profondes sont : altération de l'état général, troubles de la conscience, instabilité tensionnelle, tachycardie, marbrures, dyspnée, signes neurologiques, paralysie d'une ou de plusieurs paires crâniennes, syndrome de Claude Bernard Horner, association d'une tuméfaction endopharyngée et d'une masse latéro-cervicale profonde rapidement extensives, éventuellement associées à un placard cutané inflammatoire. En présence de ces signes, le patient doit être transféré d'urgence vers un centre spécialisé expérimenté dans la prise en charge de ce type de pathologies et doté d'une réanimation, de service d'ORL et de chirurgie thoracique et d'un plateau d'imagerie avec tomodensitométrie.

• En hospitalisation : (Tableau 2)

	En l'absence d'allergie aux pénicillines	Allergie aux pénicillines
En ville (per os)	Amoxicilline-clavulanate	C2G ou C3G ou lincosamides ou cefadroxil
En hospitalisation (IV)	Amoxicilline-clavulanate ou C3G	C3G ou lincosamides

Tableau 2

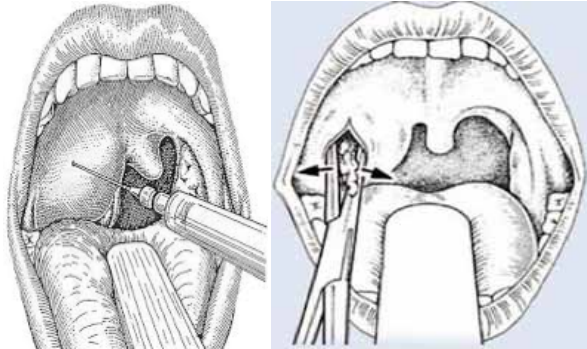
• En hospitalisation :

Prise en charge des adénites bactériennes : En l'absence d'amélioration après 48 à 72 h de traitement ambulatoire bien conduit, une hospitalisation est nécessaire. Le bilan comprend un bilan biologique inflammatoire et une échographie. En cas de suspicion de collection, une ponction aspirative avec prélèvement bactériologique est réalisée, en s'aidant d'un guidage échographique. Une antibiothérapie par voie veineuse est instaurée. Le drainage chirurgical sous anesthésie générale se fera systématiquement en présence de collection ou en cas d'une ou plusieurs ponctions, ou en présence de collection volumineuse, ou chez des enfants indociles et pusillanimes. Le pus prélevé doit faire l'objet d'une étude bactériologique et une lame de drainage doit être laissée à travers l'incision durant 48 à 72 h pour favoriser les lavages. Après retour à domicile, une antibiothérapie orale est prescrite pour une durée minimale de 5 jours après résolution des symptômes. Le patient doit être prévenu de la persistance prolongée (plusieurs semaines voire plusieurs mois) d'une masse cervicale palpable.

Traitement médical des phlegmons peri-amygdales : (Tableau 3) L'antibiothérapie est d'abord intraveineuse puis orale. En moyenne, la durée totale de traitement est de 10 j. Une dose unique de corticoïdes permettrait de mieux soulager la douleur, le trismus, et la fièvre, sans augmenter les risques d'évolution défavorable. Les autres traitements médicaux sont les antalgiques et les antipyrétiques, et la prévention de la déshydratation par perfusion quand l'alimentation orale est rendue impossible par l'intensité du trismus et de la douleur, en particulier chez l'enfant de bas âge. La ponction aspirative est aussi efficace que l'incision - drainage et par ailleurs, elle est moins douloureuse et peut être répétée. **L'incision - drainage** : chez l'adulte elle est le plus souvent réalisée sous anesthésie locale.

Toute incision - drainage de collection à travers la

muqueuse pharyngée latérale, qu'elle soit réalisée dans le cadre d'un phlegmon peri-amygdalien ou d'une infection péri-pharyngée, doit être précédée d'une ponction aspirative à l'aiguille, afin d'une part de confirmer et de localiser l'abcès, d'autre part d'éliminer un pseudo-anévrysme mycotique de la carotide.



La ponction aspirative

L'incision - drainage

Pas d'allergie aux pénicillines	Allergie aux pénicillines
Amoxicilline-Clavulanate	C3G - métronidazole

Tableau 3

C3G : Céphalosporines de 3^{ème} génération recommandées sont le céfotaxime ou la ceftriaxone.

	Première intention	Alternatives	En cas d'allergies aux pénicillines
A l'hôpital	C3G + Métronidazole +- Lincosamide	Imipénème +- Lincosamide Ou Pipéracilline - Tazobactam+-Lincosamide	C3G + Métronidazole +- Lincosamide Ou Lévofloxacine + Métronidazole +- Lincosamide
En ville en relais du traitement hospitalier		Ceftriaxone IM +- Lincosamide	Ceftriaxone IM +- Lincosamide

Tableau 4

Lorsque le diamètre d'une adénite rétropharyngée et rétrostylienne est inférieur à 15 mm selon le plus petit axe du foyer infectieux à la tomodensitométrie, un traitement médical exclusif peut être tenté même si l'image est compatible avec une collection (hypodensité centrale cernée par un halo rehaussé par le contraste). Un drainage sera envisagé après contrôle d'imagerie en l'absence d'amélioration des signes généraux et locaux après 72 h de traitement bien conduit.

Dans les infections préstyliennes, un traitement médical exclusif peut être tenté en cas de processus bien circonscrit, en l'absence de complications cliniques (dyspnée, syndrome septique sévère), et des signes

L'amygdalectomie est indiquée dans les angines à répétition ou en cas de phlegmon peri-amygdalien récidivant, et ce d'autant que le sujet est âgé de moins de 30 ans. Lorsqu'elle est indiquée l'amygdalectomie s'effectue idéalement à chaud, en même temps que l'évacuation de la collection. Les risques hémorragiques ne sont pas majorés par rapport à une intervention réalisée à froid.

Antibiothérapie préconisée dans les infections péripharyngées et les cellulites cervicales profondes extensives liées aux angines et aux rhinopharyngites. (Voir tableau 4)

Les antalgiques utilisés ne doivent pas être déprimeurs respiratoires. Chez l'adulte, une héparinothérapie préventive utilisant les héparines de bas poids moléculaire peut-être prescrite, en particulier dans certaines situations particulièrement à risque :infection à *Fusobacterium necrophorum*.

Les corticoïdes sont uniquement prescrits en cas d'obstruction respiratoire et doivent dans tous les cas être limités à une dose unique et les AINS sont à proscrire.

tomodensitométriques de collection ou de production gazeuse. Une surveillance clinique serrée s'impose, ainsi qu'un scanner de contrôle au moindre doute sur une aggravation. Dans les autres cas, qui sont majoritaires, un drainage chirurgical est d'emblée indiqué.

La technique chirurgicale consiste à une amygdalectomie à chaud éventuellement complétée par Abord externe sous-mandibulaire. Ces patients sont à risque d'intubation difficile, en particulier en cas de trismus.

La prise en charge des cellulites profondes extensives nécessite la réunion en urgence d'une équipe multidisciplinaire. L'hospitalisation doit se faire en milieu de réanimation. Le traitement médical doit se faire ; il associe

les mesures de réanimation générale et une antibiothérapie intraveineuse à posologies élevées à débiter dans l'heure (Tableau 4). L'intubation peut être difficile, en particulier en cas de trismus ou d'obstruction du carrefour pharyngo-laryngée par le processus infectieux.

Le traitement chirurgical doit être précoce, répété et radical pour contrôler l'extension de l'infection ; le recours à une oxygénothérapie hyperbare ou à l'injection d'immunoglobulines polyvalentes sont des mesures optionnelles. Les pansements seront répétés sous anesthésie générale au bloc opératoire ou en service de réanimation avec lavage et drainage des espaces aponévrotiques concernés, et excision des tissus nécrosés. La fermeture de la voie d'abord se fera à distance ; une fois l'infection contrôlée dans les différents espaces cellulitiques.

Traitement des complications et des séquelles :

Difficultés respiratoires : il faut préférer une intubation prolongée à une trachéotomie systématique en urgence.

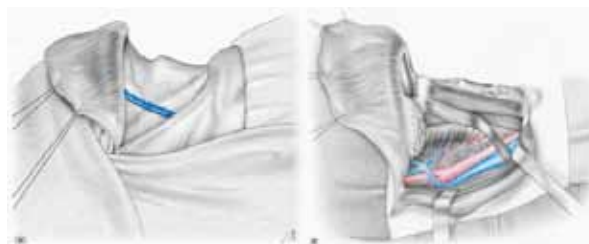
Thrombophlébite septique et anticoagulation : une anticoagulation à doses efficaces utilisant des héparines de bas poids moléculaire est préconisée ; la durée de cette anticoagulation reste controversée et elle peut atteindre plusieurs mois. Une éventuelle reperméabilisation de la veine jugulaire sur une imagerie de contrôle peut aider à la décision d'arrêt de ce traitement.

Pseudo-anévrisme carotidien : sa prise en charge nécessite une interruption du flux de la carotide interne en amont de la lésion par ligature chirurgicale ou traitement radiologique interventionnel.

Prise en charge des séquelles de cellulites profondes extensives : tout patient ayant eu une cervicotomie pour cellulite cervicale doit être suivi par un ORL qui l'orientera vers les équipes ou structures ad hoc en cas de séquelles nerveuses et/ou musculaires.



Suppuration profonde avec présence de pus, fibrine. Découverte d'une lésion communicante du plancher buccal +++.



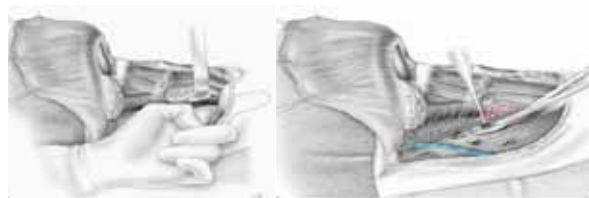
A : incision cervicale bi-mastoidienne

B : abord des gouttières vasculaires



C : ouverture des loges

D : ouverture des loges



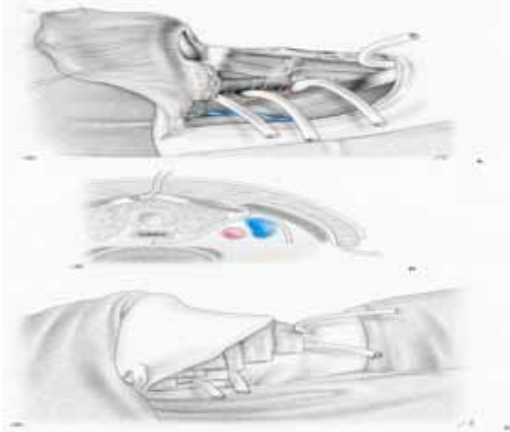
E : ouverture des loges

F : ouverture des loges



G : lavage bétadiné

H : hémostase



Elames de Delby

Conclusion :

Les suppurations péri-pharyngées constituent des complications redoutables de processus infectieux, le plus souvent banaux. Les cliniques faussement rassurantes, le potentiel extensif rapide et la proximité des éléments nobles du cou font toute la gravité de l'affection. La prévention des cellulites cervicales passe souvent par le traitement adéquat des adénites bactériennes aiguës, subaiguës, des suppurations péripharyngées pré, rétro-styliennes et rétro-pharyngées ; des phlegmons peri-amygdales et des abcès para-pharyngés, ce traitement doit être précoce et surveillé cliniquement, biologiquement et radiologiquement. La conduite est dictée par

les constatations cliniques et radiologiques à l'admission et les complications peuvent apparaître à toute étape de l'évolution. La prise en charge des cellulites cervicales est longue et fait souvent appel à la chirurgie et la réanimation, nécessitant une équipe chevronnée et attentive dans une unité de soins intensifs sous anesthésie générale avec pansements réguliers à ciel ouvert et antibiothérapie adaptée ainsi qu'une héparinothérapie préventive d'autres complications et séquelles aussi graves qu'inesthétiques. La cellulite cervicale ou fasciite nécrosante est une urgence diagnostique et chirurgicale, tout retard de prise en charge augmente considérablement la mortalité.

Date de soumission :

27 Janvier 2018

Références :

1. Recommandation pour la pratique clinique : Complications locorégionales des pharyngites : société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou – 2013
2. Les infections pharyngées – les monographies amplifon – numéro 56 - Béatrix BARRY, Romain KANIA ; Christian- Adrien RIGHINI – édition 2014
3. Les Urgences ORL : rapport de la société française d'ORL et de chirurgie de la face et du cou année 2002.
4. Recommandation pour la pratique clinique de la société française d'ORL 2008. Complications locorégionales des pharyngites.
5. Chirinos JA, Garcia J, Alcaide ML, Toledo G, Baracco GJ and Lichstein DM. Septic: diagnostic and management. Am J Cardiovasc Drugs 2006; 6:9-14.
6. Brook I. Microbiology and management of peritonsillar, retropharyngeal abscesses. J Oral Maxillo-fac Surg 2004; 62:1545-50.
7. Ardekian L, Klein HH; Araydy S, Marchal F. The use of sialendoscopy for the treatment of multiple salivary gland stones. J Oral Maxillo-fac Surg. 2014 Jan ; 72(1) :89-95 ;

Erratum à l'article : « Données d'incidence du réseau national des registres du cancer Algérie, 2015 » publié dans le numéro de la Revue El Hakim, N° HS - Vol III, Avril 2018, pages 5-13, Disponible sur Internet, il fallait lire, dans la liste des auteurs, :

M. Hamdi Cherif ⁽¹⁾, L. Kara ⁽¹⁾, Z. Fouatih ⁽²⁾

(1) Professeur en Épidémiologie, Registre de Cancer de Sétif, Centre Hospitalo-universitaire de Sétif,

(2) Registre de Cancer d'Oran, Établissement Hospitalo-universitaire d'Oran ».