

Les échecs du traitement des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire : Pourquoi ? Que faire ?



S. BOULMERKA, H. MAHCHOUCHE,
M. TOUIL, W. CHAABANE, H. BOUKAIS ;
Service de Pathologie et Chirurgie Buccales,
Centre Hospitalo-Universitaire Frantz Fanon de Blida.

Résumé

Les cellulites cervico-faciales tiennent une place importante de par la douleur qu'elles suscitent et surtout la rapidité avec laquelle elles peuvent apparaître et se développer. La cellulite peut rester localisée, circonscrite, mais parfois, elle diffuse au niveau du médiastin ou au niveau cérébral, entraînant des complications graves, voire le décès des patients. L'échec thérapeutique est défini comme une situation redoutable, dans laquelle le malade ne répond pas au traitement avec persistance et/ou aggravation des signes cliniques locaux et généraux. C'est pour cela un traitement efficace de toute lésion infectieuse d'origine dentaire ou para dentaire s'avère nécessaire et procure une amélioration très rapide et sans séquelle.

>>> Mots-clés :

Cellulite cervico-faciale, étiologie, diffusion, échec, traitement.

Abstract

Cervico-facial cellulite holds an important place because of the pain they cause and especially the speed with which they can appear and develop. Cellulitis can remain localized, circumscribed, but sometimes it spreads to the mediastinum or to the brain, leading to serious complications or even the death of patients. Therapeutic failure is defined as a formidable situation, in which the patient does not respond to treatment with persistence and/or worsening of local and general clinical signs. This is why effective treatment of any infectious lesion of dental or para-dental origin is necessary and provides very rapid improvement without after-effects.

>>> Keywords :

Head and neck cellulitis, etiology, diffusion, failure, treatment.

Introduction

Malgré l'évolution des techniques d'hygiène bucco-dentaire, de l'antibiothérapie et des soins en odontostomatologie, la fréquence des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire continue à augmenter. L'infection peut rester localisée, circonscrite, mais parfois, elle diffuse au niveau du médiastin ou au niveau cérébral.

La progression de la cellulite en forme grave est due à plusieurs causes.

Parmi ces causes on peut citer : un traitement mal conduit, une automédication, ou même, la survenue de l'infection sur un terrain affaibli, ce qui a comme conséquence un

échec dans sa prise en charge pouvant mettre en péril la vie du patient.

L'objectif de notre travail est de faire le point sur les causes des échecs du traitement des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire, ainsi que leur prise en charge.

Description clinique et prise en charge

Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire sont des infections du tissu cellulo-adipeux de la face et du cou. Il s'agit d'une infection poly microbienne associant des germes aérobies et anaérobies.

A- La cellulite aiguë séreuse est le premier stade de l'inflammation du tissu cellulaire.

Une tuméfaction apparaît, comblant les sillons et effaçant les méplats. Elle est arrondie, aux limites imprécises, recouverte d'une peau tendue, lisse, rosée, chaude et douloureuse. Le signe du godet est négatif. Les signes généraux associés sont minimes, voire inexistants. La tuméfaction endobuccale est plus au moins importante, elle reste cependant maximale autour de la dent causale qui est nécrosée.

Au stade suppuré, qui correspond à l'abcédation de l'infection, la tuméfaction devient purulente, bien limitée, rouge avec une peau tendue, luisante. Le signe du godet est positif et traduit une suppuration profonde. La douleur devient continue, lancinante, pulsatile et irradiante avec une halitose. Le trismus est d'autant plus marqué que la dent causale est postérieure. Les signes généraux s'accroissent (fièvre, asthénie, pâleur, frissons et parfois des céphalées). L'examen endobuccal, souvent gêné par le trismus, montre une tuméfaction en regard de la dent causale avec une gencive soulevée, rouge et purulente.

La guérison sera obtenue après un traitement étiologique et médical seul, ou, au stade de suppuration, associé au traitement chirurgical par drainage de la collection purulente. En l'absence de traitement ou dans le cas d'un traitement mal adapté, l'évolution possible de cette forme classique se fait, soit vers la chronicité et la fistulisation, soit vers la diffusion et l'extension, entraînant des complications plus graves.

B- Les cellulites subaiguës et chroniques

marquent le passage à la chronicité.

La cellulite chronique est généralement, précédée par des signes dentaires ou succéder à des épisodes inflammatoires aigus « refroidis » par une antibiothérapie non adaptée. Cette forme est caractérisée par une tuméfaction autour de la dent causale ou dans le tissu environnant. Cette tuméfaction est indolore, dure, de la taille d'une noix, mobilisable sur les plans osseux sous-jacents, mais fixée à la dent causale par un cordon induré.

C- La cellulite chronique peut se réchauffer, empruntant une symptomatologie, de façon atténuée, d'une cellulite aiguë séreuse, voire la fistulisation ou l'évolution vers une ostéite corticale.

L'évolution vers la cellulite cervicale extensive peut se manifester par l'existence d'une nécrose tissulaire étendue avec production de gaz dont la traduction clinique se manifeste par des crépitations sous-cutanées ou une tuméfaction cervicale tendue au creux sus-claviculaire avec des signes respiratoires dus à un œdème ou une diffusion de l'infection au larynx. Elle peut aussi évoluer sous forme d'une médiastinite, menaçant le pronostic vital.

Le traitement des cellulites cervico-faciales d'origine

dentaire nécessite une prise en charge rapide et immédiate. Il se fonde sur un triptyque associant un traitement de la cause (extraction ou traitement endodontique de la dent causale), éventuellement une antibiothérapie efficace et un drainage de la collection purulente en cas de suppuration. Pour les formes diffuses et diffusées, l'hospitalisation en unités de soins intensifs est obligatoire avec intubation, antibiothérapie par voie intraveineuse avec drainage des collections purulentes étendues ^[1] et débridement/dissection douce des cloisons.

Causes d'échec du traitement des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire

L'extension et la diffusion de certaines formes cliniques des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire peut être favorisée par certains facteurs, entraînant l'échec thérapeutique. Les signes d'appel qui doivent alerter le médecin dentiste d'une extension de l'infection sont : une dyspnée, une dysphagie, une extension de la tuméfaction aux structures avoisinantes avec altération importante de l'état général du patient.

L'échec thérapeutique est défini comme une situation redoutable, dans laquelle le malade ne répond pas au traitement avec persistance et/ou aggravation des signes cliniques locaux et généraux.

1. Un traitement antibiotique non ou mal adapté : lorsque la dose d'antibiotique prescrite ou prise par le patient (automédication) est insuffisante et n'est pas bien répartie dans la journée, cela ne permet pas de maintenir une concentration optimale et par conséquent, elle sera inférieure à la concentration minimale bactéricide.

2. Résistance aux antibiotiques : l'antibiothérapie doit se conformer aux contraintes d'écologie bactérienne. L'antibiothérapie probabiliste correspond de façon probabiliste aux espèces bactériennes les plus fréquemment présentes. Une antibiothérapie ciblée doit être instaurée et elle ne sera faite qu'après la réalisation d'un antibiogramme. Aussi, l'association d'antibiotique n'est jamais justifiée, sauf en cas de présence de germes anaérobies ou de diffusion de l'infection.

3. L'absence de traitement étiologique, c'est-à-dire, l'extraction de la dent causale lorsque la réalisation d'un traitement endodontique n'est pas possible.

Le traitement de la cause répond à une nécessité logique, il est illusoire d'espérer guérir efficacement une infection si l'on ne traite pas en même temps son origine. Le geste étiologique permet d'évacuer une bonne partie de la collection purulente si ce n'est sa totalité en cas d'une collection suppurée localisée. Une simple trépanation de la dent causale, quand elle est possible, est efficace [Figure 1].

4. L'absence de drainage d'une collection purulente : il faut savoir qu'aucune antibiothérapie ne peut guérir une collection purulente. Le drainage de la collection est, de loin, la

phase la plus importante. Une collection purulente constitue un espace mort avasculaire, donc inaccessible à la diffusion des antibiotiques à dose usuelle. Son drainage est donc impératif [Figures 2, 3].

5. La prise des anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens : cette notion est rapportée par la majorité des auteurs comme étant un facteur de risque favorisant la survenue de l'extension des cellulites cervico-faciales. Bien que la preuve clinique de leur implication ne soit pas formellement établie, il est admis d'éviter leur prescription. L'administration des AINS diminue et masque l'inflammation et allonge le délai de consultation. Quant aux corticoïdes, leur action immunosuppressive est bien connue : in vivo, ils réduisent la synthèse des immunoglobulines G, inhibent l'adhérence des polynucléaires et la capacité de phagocytose des macrophages.

Mais dans le cas où l'œdème est important, obstruant les voies respiratoires, la prescription des corticoïdes est justifiée, afin de diminuer cet œdème et bien sûr, doit être associée à une antibiothérapie massive [Figures 4, 5, 6].

6. La survenue d'infections cellulaires sur un terrain affaibli, comme le diabète, les patients soumis à un traitement par corticoïdes ou immunosuppresseurs ou une infection par VIH et l'alcoolisme sont aussi des facteurs à risque d'aggravation et d'extension des cellulites cervico-faciales [2-6].



Figure 1 : Cellulite du plancher chez un enfant âgé de 9 ans qui a cédé après trépanation de la 36.



Figure 2 : Cellulite suppurée d'origine dentaire (le traitement a consisté en l'extraction de la 36 avec drainage de la collection purulente).

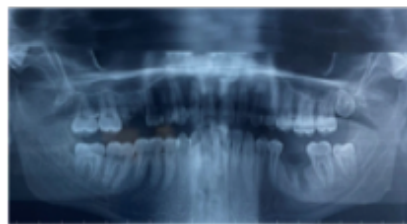


Figure 3 : Traitement étiologique réalisé (extraction de la 36).



Figure 4 : Cellulite diffusée d'origine dentaire en rapport avec la 46 nécrosée chez une patiente diabétique après prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.



Figure 5 : Cellulite diffusée d'origine dentaire en rapport avec la 46 nécrosée chez une patiente diabétique après prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.

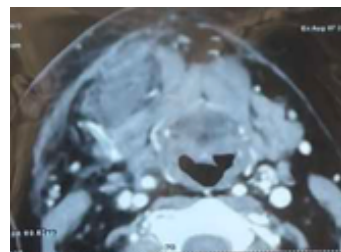


Figure 5 : Tomodensitométrie (TDM) illustrant la diffusion de la cellulite d'origine dentaire en rapport avec la 46 nécrosée chez une patiente diabétique après prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Prise en charge des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire après l'échec

Lors de la reprise du traitement des cellulites, le praticien recherche la cause pour laquelle la cellulite n'a pas régressé.

Dans certains cas, la réévaluation de l'antibiothérapie pourrait diminuer l'intensité des signes de gravité afin d'effectuer le traitement étiologique, indispensable à l'obtention de la guérison ; dans d'autres cas l'hospitalisation du patient serait l'arme essentielle pour lui sauver la vie.

L'antibiothérapie doit être ciblée, de 2^e intention avec une association justifiée, elle est probabiliste de type amoxicilline et métronidazole, amoxicilline et acide clavulanique en l'absence d'allergie, sinon macrolide et métronidazole, qui sera par la suite adaptée aux données de l'antibiogramme après prélèvement bactérien et révision de la prescription en fonction des résultats.

Dans le cas où l'œdème est important, obstruant les voies respiratoires, la prescription des corticoïdes est justifiée, afin de diminuer cet œdème, l'hospitalisation du patient est de règle, car le risque vital est mis en jeu.

Le drainage de la collection purulente et la mise en place de drains constitue un moyen de levée de toutes conditions d'anaérobiose, faute de quoi le traitement seul serait inefficace. Il faudrait obtenir un drainage complet de la collection, si la collection est très importante ou profonde le recours à l'anesthésie générale est nécessaire. Elle facilite la réalisation du traitement étiologique et le drainage ; ce dernier est effectué en fonction de la localisation de la collection. Il est endobuccal, cervical ou les deux, avec un débridement par voie muqueuse ou cutanée.

Les tissus nécrosés sont excisés jusqu'à obtention d'un tissu vivant ; en cas de médiastinite le drainage peut se faire par thoracotomie. Il est primordial d'identifier et de traiter la porte d'entrée pour une régression rapide, par une simple trépanation de la dent causale jusqu'au traitement radical.

Les cellulites diffuses sont nécrosantes, ce sont des urgences vitales, le traitement doit être médico-chirurgical : traiter l'infection, car la propagation de l'infection (le choc septique) est inévitable. La décision d'hospitaliser le patient dépend de multiples critères : présence de comorbidités, d'un état de dénutrition, d'asthénie, d'une fièvre.

Il est important de déterminer le stade évolutif de l'infection en fonction des signes loco-régionaux : présence d'un trismus, de dysphagie, d'aphagie ou d'une dyspnée et en fonction des caractéristiques de la cellulite : localisation postérieure, afin d'agir le plus rapidement possible.

On associe au traitement chirurgical une antibiothérapie à haute dose, il faut redouter une obstruction des voies aériennes supérieures. L'intubation est souvent difficile, elle est souvent perturbée par les conséquences de la cellulite cervico-faciale.

Les cellulites du plancher buccal, de la région sous-mandibulaire et du larynx peuvent entraîner des difficultés d'intubation. Le trismus complique l'accès aux voies aériennes. Compte tenu de l'infiltration des parties molles, un œdème lingual peut-être

présent d'emblée ou apparaître au cours de la manœuvre d'intubation et aggraver la situation.

L'oxygénation du patient peut devenir difficile.

En cas de difficultés de ventilation lors de ces manœuvres, la trachéotomie pour protéger les voies aériennes est indispensable ; le recours à cette dernière est justifié dans les collections rétro-pharyngées. La correction des troubles hydro-électrolytiques par voie intraveineuse est entreprise selon le cas.

L'oxygénothérapie hyperbare est un complément du traitement chirurgical. Elle est d'un apport capital grâce à son effet bactériostatique et son pouvoir de régénération tissulaire, cependant ses contre-indications et sa disponibilité limitent son utilisation.

Pour les cellulites chroniques, le traitement repose sur l'élimination du foyer causal, un drainage y est associé en cas de collection résiduelle. Des prélèvements sont effectués en cas de non amélioration. Pour les fistules, le traitement du foyer causal entraîne souvent la fermeture de la fistule.

En cas d'adhérence et/ou de cicatrice inesthétique, un geste de chirurgie correctrice peut être réalisé à distance. Le pronostic de ces cellulites est lié essentiellement au terrain ; la précocité et l'efficacité du traitement initial, dont l'isolement des germes en cause, constitue une étape déterminante.

Conclusion

Les cellulites diffusées et diffuses constituent un véritable tableau de choc septique. La prévention est primordiale. Il faut insister sur l'importance des programmes de prévention pour : diagnostiquer précocement les besoins en soins et limiter les risques de survenue de carie ; traiter efficacement toute lésion infectieuse d'origine dentaire ou para dentaire et s'assurer de sa guérison ; plaider pour une amélioration du diagnostic précoce des cellulites pour une mise en œuvre rapide du traitement adapté à chaque situation clinique afin d'éviter les complications et leurs conséquences sur la santé des patients, surtout s'il s'agit des patients à risque qui doivent faire l'objet d'une attention toute particulière.

Date de soumission

20 mai 2024.

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt.

Références

1. Thiéry. G, Guyot. I.G. Cellulites maxillo-faciales d'origine dentaire. EMC, 22-033-A-10, 2017.
2. Wolff. M. Gestion de l'échec du traitement des infections à staphylocoques. EMC. Elsevier Masson. 2002.
3. Boukais H. et al. Les causes d'échec et des complications de traitement des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire à travers une série de 103 cas. Elsevier Masson SAS 2013 ; [4]. Togo. S et al. Les cellulites cervico-faciales nécrosantes d'origine dentaire dans un pays en voie de développement. EMC. Elsevier Masson. 2016.
4. Turki A. et al. Extension des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire sous l'effet des anti-inflammatoires non stéroïdiens : Mythes ou réalité ? R.M.O.S. N°1. 2015.
5. De March. P. Cellulites cervico-faciales et hospitalisation d'urgence. Information Dentaire (13), 2019.
6. Bensadallah R. et al. La cellulite dentaire chez le diabétique : complication redoutable.
7. Société Française de Dermatologie, A116 ; 2013.