2.5. Le bilan paraclinique

2.5.1. Examens d'imageries

La radiographie panoramique effectuée chez tous nos patients a permis d'identifier la dent causale par la présence d'un granulome péri apical qui constitue le point de départ de l'infection. Elle confirme l'origine dentaire de la cellulite [22]. Elle permet aussi d'identifier les autres dents en mauvais état et ainsi de prévenir d'autres cas de cellulites.

La tomodensitométrie cranio-orbitaire est l'examen de référence et de première intention en urgence afin de visualiser la topographie de la collection. Elle permet aussi de poser le diagnostic des complications ophtalmologiques et neurologiques [2, 3, 5, 28, 30, 31, 43]. Aucun de nos patients n'a pu réaliser cet examen faute de moyens financiers. Malgré l'absence de cet examen, les éléments cliniques ont permis de poser le diagnostic d'une cellulite préseptale sans connaître l'extension profonde.

Ensuite, la radiographie de la face en incidence de Blondeau est aussi indispensable pour rechercher une origine sinusienne puisque dans la majorité des cas, l'origine des cellulites périorbitaires est la sinusite [3, 27, 28, 37]. Elle peut être une sinusite d'origine dentaire ou non odontogène. Cette origine dentaire passant par une sinusite odontogène a été retrouvée dans 12,51% des cas dans notre étude.

2.5.2. Bilan biologique

Dans l'exploration des cellulites orbitaires, les examens biologiques consistent en un bilan inflammatoire, des hémocultures, des examens bactériologiques et microbiologiques, des cultures et un antibiogramme. Le bilan inflammatoire minimum consiste en un hémogramme avec la VSH et un dosage de la CRP. D'après la littérature, l'élévation de la CRP serait plus conséquente en cas de cellulite orbitaire. Elle serait un indicateur d'une atteinte orbitaire et préjugerait de la gravité de l'infection, surtout chez les enfants [44, 45, 46]. Seuls quatre de nos patients ont pu réaliser les examens faute de moyens financiers.

Les examens bactériologies ainsi que l'antibiogramme n'ont pas pu être réalisés et l'antibiothérapie a été conduite selon les recommandations de la littérature.

3. Aspects thérapeutiques

3.1. Hospitalisation

La prise en charge de ces cellulites dépend de la gravité de l'infection. Une prise en charge en milieu hospitalier est indiquée au moindre signe de gravité [2]. Ainsi la durée du séjour hospitalier varie selon l'évolution. Un séjour de 3 à 15 jours est rapporté dans la littérature [2,3], cela converge avec nos résultats ainsi que ceux rapportés par Pandian DG dans une étude indienne. Pour cette dernière la durée moyenne est de 13,69 jours [37].

3.2. Le traitement médical

Le mode d'administration de l'antibiothérapie reste un sujet de discussion. En effet, des études ont démontré que l'administration par voie orale est toute aussi efficace que la voie parentérale. Elles recommandent même que le traitement soit délivré par voie orale, car cette voie offre de nombreux avantages, notamment une administration plus rapide de la première dose d'antibiotiques [47]. Entre autres, elle réduit la fréquence des interruptions thérapeutiques et facilite l'observance surtout chez l'enfant. En plus, les médicaments per os sont moins coûteux que ceux qui sont injectables [37, 45]. Les antibiotiques utilisés doivent être efficaces pour les germes aérobies-anaérobies [2, 22]. Ce qui est le cas dans notre série, la totalité des patients ont bénéficié d'un traitement médical qui a consisté en une antibiothérapie orale pour ceux qui ont été suivis en ambulatoire ; et parentérale pour ceux qui ont été hospitalisés. Cette antibiothérapie a été associée à des antalgiques à base de paracétamol.

3.3. Le traitement chirurgical

Le drainage chirurgical permet d'évacuer la collection purulente et de rompre l'anaérobiose [2, 22, 48, 49, 50, 51]. Pour nos patients, le drainage a permis de nettoyer le foyer infectieux. Cette technique a été efficace puisque la majorité des cas ont bien évolué. L'absence d'irrigation lavage s'explique par le danger d'une diffusion en profondeur du liquide de drainage.

L'élimination de la cause va de pair avec le traitement médico-chirurgical [49, 52]. Le traitement de la dent causale constitue le traitement étiologique [22]. L'extraction dentaire est ainsi la plus préconisée afin d'éliminer la porte d'entrée de l'infection mais les traitements conservateurs peuvent être aussi utiles à condition qu'ils soient bien observés par les patients. Cela doit toujours se faire sous antibioprophylaxie [2, 52].

3.4. Evolution

A la suite d'une prise en charge adéquate aussi bien en ambulatoire qu'en milieu hospitalier, l'évolution de ces cellulites périorbitaires est généralement favorable [2]. Cette bonne évolution a été retrouvée chez 92% de nos patients ainsi que la majorité des patients de Joutey HT et al. [53].

Malgré cela, les complications restent toujours à craindre. Tel est le cas de 2 de nos patients ainsi que les cas rapportés par Pandian DG et al.

La diffusion de l'infection vers le globe oculaire, la thrombophlébite du sinus caverneux ainsi que l'abcès cérébral sont graves [2, 3, 5, 51, 52, 53]; la diffusion hématogène de l'infection favorisant une septicémie bactérienne voire un tableau de choc septique est aussi possible. C'est le cas d'un de nos patients qui a présenté une cellulite diffuse nécessitant des mesures de réanimation. Ces complications témoignent de la gravité de cette maladie. Les complications rencontrées dans la série indienne par contre, ont surtout consisté en des abcès palpébraux ou rétrobulbaires, ou encore des cas de choroïdite, d'endophtalmie, de papillite et de décollement rétinien [37].

Perspectives

A la fin de cette étude, des mesures préventives et un protocole thérapeutique sont proposés pour la prise en charge de ces cellulites périorbitaires odontogènes.

1. Mesures préventives

Afin de prévenir l'apparition de ces infections dentaires pouvant devenir grave, certaines mesures doivent être respectées telles qu'une bonne hygiène bucco-dentaire par un brossage dentaire au minimum 3 fois par jour ; une éviction des aliments cariogènes ; une visite systématique chez le dentiste tous les ans pour déceler précocement les caries débutantes et de les prendre en charge.

Les personnels de santé ont aussi des devoirs dans la prévention de ces pathologies. Il est proscrit d'utiliser les AINS au cours de la rage dentaire ; tous les gestes thérapeutiques dento-parodontales, conservateur ou radical, imposent une couverture antibiotique.

2. Mesures curatives

2.1. Moyens médicaux

➤ En milieu hospitalier

Le traitement associe un antalgique de classe I ou II selon la classification de l'OMS, et une bithérapie à base de Béta-lactamines et imidazolés pendant 7 à 10 jours. La voie d'administration parentérale serait plus appropriée.

➤ En ambulatoire

Les médicaments sont administrés par voie orale. La surveillance thérapeutique doit être faite toutes les 48 à 72 heures.

2.2. Moyens chirurgicaux

Ils se basent sur le drainage. Ce dernier est indiqué pour toute forme collectée. Il commence par une asepsie rigoureuse suivie d'une infiltration anesthésique qui sera faite de façon tangente à la peau. L'incision cutanée se fait de façon horizontale au niveau du toit de la tuméfaction, et suivant le pli radiaire de la paupière. On procède ensuite à l'évacuation du pus, suivit d'un lavage avec une compresse imbibée

d'antiseptique et un rinçage avec une compresse imbibée de sérum salé isotonique. La lame de Delbet® ou une mèche de gaze sèche et stérile est posée afin d'éviter la précoce fermeture de la cavité.

Un pansement quotidien serait ensuite réalisé à raison de 2 à 3 fois par jour pendant le séjour hospitalier et une fois par jour en ambulatoire.

Au moindre signe de gravité avec altération de la fonction visuelle ou des signes neurologiques, une hospitalisation est de règle.

2.3. Traitement étiologique

L'extraction de la dent causale doit être effectuée pour éliminer le foyer infectieux ; permettre une bonne guérison et éviter la récurrence.

CONCLUSION

Les cellulites périorbitaires constituent une localisation rare de la cellulite d'origine dentaire où elles figurent parmi les éléments de gravité. Ses complications locales, loco-régionales et générales peuvent engager le pronostic vital, ainsi que le pronostic visuel si la prise en charge n'est pas précoce.

Cette étude a montré que les cellulites périorbitaires d'origines dentaires concernent surtout les sujets jeunes mais n'épargnent ni les enfants ni les sujets âgés. La prise d'AINS seul ainsi que la prise d'antibiotiques inadéquats sont les facteurs favorisant les plus incriminés. La voie de diffusion septique par voie hématogène rétrograde et par contiguïté anatomique sont aussi fréquentes que la voie sinusienne.

Le scanner reste l'examen clé du diagnostic de la localisation périorbitaire d'une cellulite. Dans l'absence de cet examen ainsi que son accessibilité, un examen clinique bien conduit permet de poser le diagnostic. Ce diagnostic repose sur la présence d'un œdème et d'une inflammation palpébrale, sans atteinte de l'acuité visuelle ni de l'oculomotricité. La radiographie panoramique dentaire est indispensable pour affirmer l'origine dentaire de la cellulite. Les prémolaires supérieures sont les dents les plus en cause. Le traitement est médico-chirurgical. Une antibiothérapie adéquate à base de Béta-lactamines et imidazolés pendant une durée de 7 à 10 jours ainsi que le drainage chirurgical en cas d'abcédation, participent à la bonne évolution de la maladie. Les soins post-opératoires font partie intégrante du traitement chirurgical. Le traitement de la dent causale reste le traitement étiologique efficace et permet d'éviter les récurrences.

Les possibilités locales ont permis de prendre en charge ces patients et d'obtenir de bons résultats.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Razafindrabe JBA et al. Epidemiological and clinical aspect of dental cellulitis in Antananarivo. *J Med Sci.* 2007;1108-11.
2. Seongmu L, Yen MT. Management of preseptal and orbital cellulitis. *Saudi J Ophthalmol.* 2011; 25:21-5.
3. Ailal F, Bousfiha A, Jouhadi F, Bennani M, Abid A. Cellulites orbitaires chez l'enfant à propos d'une étude rétrospective de 33 cas. *Med Trop.* 2004;64:359-62.
4. De Croos F, Liao JC, Ramey NA, Li I. Management of ophthalmologic Orbital cellulitis. *J of Med and life.* 2011-September;4(3):314-7.
5. Mouriaux F, Rysanek B, Babin E, Cattoir V. Les cellulites orbitaires. *J Fr Ophtalmol.* 2012;35:52-7.
6. Rouvière H. Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle. Anatomie topographique de la tête et du cou. Paris : Masson ; 1991.
7. Ricbourg B. Muscles peauciers de l'extrémité céphalique - système musculo-aponévrotique superficiel. *EMC Stomatologie* 1985 :1-15 [Article 22-001- B-20].
8. Couly G. La loge manducatrice et son contenu. Paris. *EMC Stomatologie* 1989 : 1-15 [Article 22-01-B-15].
9. Reyhler H, Chausse JM. Pathologie infectieuse d'origine dentaire. In: Piette E, dir. *Traité de pathologie buccale et maxillo-faciale.* Bruxelles, de Boeck-Wesmael ; 1991. p. 1263-86.

10. Revol P, Gleizal A, Kraft T, Breton P, Freidel M, Bouletreau P. Abscès intracérébral et cellulite cervico faciale diffuse: Complication d'une extraction de dent de sagesse à propos d'un cas. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2003;104 (5):285-9.
11. Ducasse A. Anatomie de l'orbite. EMC Ophtalmologie 1992; [Article 21-006-A-10].
12. Santallier M, Péchereau J, Ed A. Anatomie pour les écoles d'Orthoptie 2008 : 1-7, 25-30, 171-3.
13. Kersten RC, Codère F , Dailey RA , Garrity JA, Nerad JA, Popham JK, et al. Basic and clinical Science Course : Orbit, eyelids and lacrymal system. 2003: 3-20;41-4.
14. Ducasse A. Vascularisation de l'orbite. EMC Ophtalmologie 1992; [Article 21-006-A-20].
15. Jordana F, Fronty Y, Barbrel P. Relations pathologiques œil-dent : point de vue du stomatologiste et de l'odontologiste. EMC Stomatologie Odontologie 2004;1-8 [Article 22-039-B-15].
16. Peron JM, Mangez JF. Cellulite et fistule d'origine dentaire. EMC Stomatologie Odontologie 2002;2:1-14 [Article 22-033-A-10].
17. Pagot JP. Foyer infectieux dentaire et leurs complications. Rev Prat. 2003;53:336-41.
18. Badd C, Richard B. Etude clinique de la carie. EMC Stomatologie 2004;1-6 [Article 23-E-10].

19. Diallo OR, Balde NM, Camara SA, Bah AT. Les cellules cervico- faciales chez les patients diabétiques au CHU de Conakry. Rev Odontol Stomatol Chir Maxillofac Afr. 2006;13 :13-6.
20. Beren B. Les anti- inflammatoires non stéroïdiens. Rev Prat. 2003;53:502-6.
21. La Rosa J, Bouvier S, Langeron O. Prise en charge des cellulites maxillo-faciales. Le Praticien en anesthésie réanimation 2008;12:309-15.
22. Randriamanantena T. Traitement chirurgical des cellulites odontogènes [Thèse]. Médecine Humaine: Antananarivo ; 2009. 57p.
23. Laure B, Tiguemounine J, Picard A, Goga D. Abscess intraorbitaire d'origine dentaire. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2004;105(2):125-9.
24. Aatif T, ElKabbaj D, Belmalih M, Hemmaoui B, El Idrissi A, Naoumi A, et al. Bactériémie sur infection du cathéter fémoral: Une cause inhabituelle de cellulite orbitaire. J Fr Ophtalmol. 2010 ;33:414 e1- e5. DOI : 10.1016/j.jfo.2010.03.018.
25. Zunaina E, Shatriah I, Asokumaran T, Adil H. Dental infection presenting with ipsilateral parapharyngeal abscess and contralateral orbital cellulitis-a case report. Malaysian of medical Sciences 2007 July;14(2):62-6.
26. Kapur R, Sepahdari AR, Mafee MF, Putterman AM, et al. MR Imaging of Orbital Inflammatory Syndrome, Orbital Cellulitis, and Orbital Lymphoid Lesions: The Role of Diffusion-Weighted Imaging. AJNR Am J Neuroradiol. 2009 January; 30(1):64-70. DOI: 10.3174/ajnr. A1315.
27. Wilk G, Modrzejewska M, Lachowicz E, Lisiecka-Opalko K, Myśliwiec L, Rutkowski D, et al. From Ophtalmologist to dentist via radiology. Pol J Radiol. 2012;77(1):21-7.

28. Chang HP, Dong HJ, Tae YL. A case report of odontogenic orbital cellulitis causing blindness by severe tension of orbit. *J Korean Med Sci.* 2013;28:340-3.
29. Srinivasa PB, Govardhan T. A rare case of orbital cellulitis followed by therapeutic (orthodontic) extraction. *J Maxillofac Oral Surg.* 2011 July-September;10(3):257-61.
30. Dot C. Relations pathologiques entre l'œil et les dents : point de vue de l'ophtalmologiste. *EMC Stomatologie* 2003;1-5 [Article 22-039-B-10].
31. Donahue S P, Schwartz G. Preseptal and orbital cellulitis in childhood – A changing microbiologic spectrum. *AM J Ophthalmol.* 1998;105:1902-6.
32. Uzcategui N, Warman R. Clinical practice guidelines for the management of orbital cellulitis. *J Pediatr Ophthalmol Strab.* 35(2),73-9.
33. Wane AM, Ba EA, Ndoeye-Roth PA, Kameni A, Demedeiros ME, Dieng M, et al. *J Fr Ophthalmol.* 2005;28(10):1089-94.
34. Randrianjafisamindrakotroka O. Aspects épidémiocliniques des cellulites préseptales et orbitaires vues dans le service d'ophtalmologie du CHUA-JRA [Thèse]. *Médecine Humaine: Antananarivo* ; 2011. 57p.
35. Fanella S, Singer A, Embree J. Presentation and management of pediatric orbital cellulitis. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2011;22(3):97-100.
36. Liu IT, Kao SC, Wang AG, Tsai CC, Liang CK, Hsu WM. Preseptal and orbital cellulitis: a 10-year review of hospitalized patients. *J Chin Med Assoc.* 2006; 69(9):415-21.
37. Pandian DG, Ramesh Babu K, Chaitra S, Anjali A. Nine years review on preseptal and orbital cellulitis in a tertiary care hospital in South India. *AIOC Proceedings* 2009:419-22.

38. Devrim I, Kanra G, Kara A, Cengiz AB, Orhan M, Ceyhan M, et al. Preseptal and orbital cellulitis: 15-year experience with sulbactam ampicillin treatment. *Turk J Pediatr.* 2008;50 (3): 214-8 (ISSN: 0041-4301).
39. Pereira FP, Velascoe AA, Anselmo-LimaWT, Elias Junior J. Computed tomographic patterns of orbital cellulitis due to sinusitis. *Arq Bras Oftamol.* 2006;69(4):513-8.
40. Chemli H, Mnejja M, Dhouib M, Karray F, Ghorbel A, Abdelmoula M. Sinusites maxillaires d'origine dentaire : traitement chirurgical. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2012;113:87-90.
41. El Mansouri H. Cellulite orbitaire : à propos de 24 cas. *J Fr Ophtalmol.* 2009;32(1):1s169.
42. Cannon PS, Mc Keag D, Radford R, Atallah S, Leatherbarrow B. Our experience using primary oral antibiotics in the management of orbital cellulitis in a tertiary referral centre. *Eye Lond.* 2009;23(3):612-5.
43. Curtin HD. Odontogenic orbital inflammation: clinical and CT findings-initial observations. *Radiol.* 2006; 239:187-94.
44. Wysluch A, Maurer P, Ast J, Kunkel M. Orbital complications due to an acute odontogenic focus in a child. A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009;107:39-42.
45. Yang M, Quah BL, Seah LL, Looi A. Orbital cellulitis in children-medical treatment versus surgical management. *Orbit.* 2009;28(2-3):124-36 (ISSN:1744-5108).
46. Elmasbahi I, Bhallil S, BenatiyA I, Chraibi F, Tahri H. Particularités des cellulites orbitaires chez l'enfant. *J Fr Ophtalmol.* 2008;1S218.

47. Onakpoya OH, Adeoye AO, Akinpelu OV. Cost-related antibiotic dosage omissions-challenge for orbital cellulitis management in resource poor communities. *Orbit*. 2009; 28:147-52.
48. Kim IK, Kim JR, Jang KS, Moon YS, Park SW. Orbital abscess from an odontogenic infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2007;103:1-6.
49. Tovilla-Canales JL, Nava A, Pomar JL. Orbital and periorbital infections. *Curr Opin Ophthalmol*. 2001;12:335-41.
50. Georgakopoulos CD, Eliopoulou MI, Stasinou S, Exarchou A, Pharmakakis N, Varvarigou A. Periorbital and orbital cellulitis: a 10-year review of hospitalized children. *Eur J Ophthalmol*. 2010;20(6):1066-72 (ISSN: 1724-6016).
51. Schwartz G. Etiology, diagnosis, and treatment of orbital infections. *Curr Infect Dis Rep*. 2002;4:201-5.
52. Howe L, Jones NS. Guidelines for the management of periorbital cellulitis abscess. *Clin Otolaryngol*. 2004;29:725-8.
53. Tahiri Joutey H, Madaidoua N, Halouia M, Elbelhadjia M, Zaghoulou K, Amraouia A. Orbital cellulitis in adults: about 31 cases. *J Fr Ophtalmol* 2007; 30(2):2S327.

ANNEXE

ANNEXE

FICHE D'EXPLOITATION

Epidémiologie

- Numéro de dossier : [] [] [] [] []
- Age (en année) : [] []
- Sexe : M [] F []
- Origine et résidence :
- Profession :

Antécédents

Personnels :

Médicaux :

- Diabète : oui [] non []
- Allergie : oui [] non []
- Sinusite : oui [] non []
- Rage dentaire : oui [] non []
- Prise AINS : oui [] non []
- Antibiotiques : oui [] non []

Habitudes toxiques :

- Tabac oui [] non []
- Tabac+alcool oui [] non []

Chirurgicaux :

- Antécédents de chirurgie endo-nasale : oui [] non []
- Antécédents de traumatisme maxillo-facial : oui [] non []
- Extraction ou soins dentaires : oui [] non []

Familiaux

: oui [] non []

Signes cliniques

Début :jours

Signes fonctionnels :

- Rage dentaire : []
- Douleurs orbitaires : []
- Tuméfaction orbitaire : []
- Unilatérale [] / bilatérale []
- Côté atteint G [] / D []
- Secrétions purulentes : []
- Baisse acuité visuelle : []
- Rougeur conjonctivale : []
- Diplopie : []
- Rhinorrhée purulente : []

Examen général :

- Conscient : oui [] non []
- Fièvre : oui [] non []
- Etat général : conservé [] altéré []
- T° : [] °C
- Autres :

Examen ophtalmologique :

- Inflammation palpébrale : []
- Oculo-motricité : []
- Issue de pus : []
- Chémosis : []
- BAV : []
- Exophtalmie : []

Examen ORL :

- Douleur des points sinusaux : présent [] absent []
- Examen rhinologique :
 - o Aspect des muqueuses : normal [] inflammatoire []
 - o Rhinorrhée : présente [] absente []
 - o Cacosmie : présente [] absente []

Examen de la cavité buccale :

- Dents cariés :
- Aspect de la muqueuse : normal [] inflammatoire []
- Autres :

Examen neurologique : normal [] anormal []

Examens complémentaires

Biologie :

- Leucocytes :normaux [] élevés []
- CRP :normale [] élevée []
- VSH :normale [] accélérée []

Imageries :

- Blondeau :
- Panoramique dentaire (dent causale) :
- TDM :oui [] non []

Traitements

- Hospitalisation :oui [] non []
- Motif d'hospitalisation :
- Durée d'hospitalisation :[.....] jours
- Médical :
 - o Antibiothérapie :oui [] non []
 - o Corticothérapie :oui [] non []
 - o Antalgiques : oui [] non []
 - o Autre :
- Chirurgical :
 - o Drainage :oui [] non []
 - o Extraction dentaireoui [] non []
- Evolution
 - o Favorable : []
 - o Défavorable : []

Complications :

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des maîtres de cette Faculté, de mes 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.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage illicite d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y 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 la 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 mes 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 couverte d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.»*

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Directeur de thèse

Signé : Professeur **RAZAFINDRABE Alberto John Bam**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur **ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana**

Name and First Names : RAJAONARISON Andrianaivo Hobimahanina

Title of thesis : « CLINICAL AND THERAPEUTIC ASPECT OF
PERIORBITAL ODONTOGENIC CELLULITES »

Heading: SURGERY

Number of pages: 54

Number of tables: 09

Number of figures: 11

Number of annexes: 01

Number of references: 53

Number of webography: 00

SUMMARY

Introduction: Periorbital odontogenic cellulites are rare ailments occurring very serious functional and vital complications. The aim is to evaluate the management of the periorbital odontogenic cellulites in maxillo-facial institute of CHU Antananarivo.

Method: It is a retrospective and descriptive study of 2 years on 24 cases of Periorbital cellulitis of dental origin. We have taken down the civil status, the patient history, the clinical examination data, the management as well as the progress.

Results: The average age of the patients is 24 with extremes of 3 and 61. Eyelid inflammation and pain make up the constant signs among all the patients. The tooth n° 24 is the most condemned one which is confirmed by the panoramic X-ray. The diagnosis has been made despite the absence of scan. All our patients got an antibiotherapy but only 41,66% of them benefited from a surgical draining. 92% of the patients made a progress and 2 patients presented some complications.

Conclusion: The local opportunities help manage the patients and get good results.

Keywords: Antibiotics, clinical aspects, dental decay, preseptal orbital cellulites, surgery

Director of thesis : Professor RAZAFINDRABE Alberto John Bam

Reporter of thesis : Doctor RANDRIAMANANTENA Tahiriavelo

Address of author : Lot VT 5 P Bis Ampahateza Ambohipo Antananarivo.

Nom et prénoms : RAJAONARISON Andrianaivo Hobimahanina

Titre de la thèse : « ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES
DES CELLULITES PERIORBITAIRES ODONTOGENES »

Rubrique : CHIRURGIE

Nombre de pages : 54

Nombre de tableaux : 09

Nombre de figures : 11

Nombre d'annexes : 01

Nombre de références bibliographiques : 53

Nombre de webographie : 00

RESUME

Introduction : Les cellulites périorbitaires odontogènes sont des affections rares mais avec un risque élevé de survenue de complications graves tant fonctionnelles que vitales. Le but est d'évaluer la prise en charge des cellulites périorbitaires odontogènes au service de chirurgie maxillo-faciale du CHU d'Antananarivo.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et transversale sur une période de 2 ans, portant sur 24 cas de cellulites périorbitaires d'origine dentaire. Nous avons relevé l'état civil, les antécédents, les données de l'examen clinique et paracliniques, la prise en charge effectuée, ainsi que l'évolution.

Résultats : La moyenne d'âge des patients est de 24 ans avec des extrêmes de 3 à 61 ans. L'inflammation palpébrale et la douleur sont les signes constants chez tous les patients. La dent n°24 est la dent la plus incriminée et a été confirmée par la radiographie panoramique. Le diagnostic a été posé malgré l'absence de la tomodensitométrie. Tous les patients ont bénéficié d'une antibiothérapie, complétée dans 41,66% des cas d'un drainage chirurgical. L'évolution était favorable dans 92% et 2 patients ont présenté des complications.

Conclusion : Les possibilités locales ont permis de prendre en charge ces patients et d'obtenir de bons résultats.

Mots clés : Antibiotiques, aspects cliniques, caries dentaires, cellulites orbitaires préseptales, drainage.

Directeur de thèse : Professeur RAZAFINDRABE Alberto John Bam

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIAMANANTENA Tahiriarivelo

Adresse de l'auteur : Lot VT 5 P Bis Ampahateza Ambohipo Antananarivo