

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS : Anti-inflammatoire Non Stéroïdien
C2 : Deuxième vertèbre cervicale
C3 : Troisième vertèbre cervicale
C7 : Septième vertèbre cervicale
C8 : Huitième vertèbre cervicale
CCF : Chirurgie Cervico-faciale
D.E.S : Certificat Etudes Spécialisés
C.H.U : Centre Hospitalier Universitaire
CRP : Protéine C réactive
D.E.R : Département d'enseignement et recherche
D.G : Directeur Général.
Fig : Figure.
FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.
GB : Globule blanc
H : Heure
HGT : Hôpital Gabriel Touré
INFSS : Institut National de Formation en sciences de la Santé
J0 : Premier jour d'hospitalisation
J1 : Deuxième jour d'hospitalisation
J6 : septième jour d'hospitalisation
J3 : quatrième jour d'hospitalisation
l : litre
mg : Milligramme
ORL : Oto-rhino-laryngologie
Pr : professeur
Rég : Région.
R.M : République du Mali.
S.I.D.A : Syndrome Immuno- déficience Acquise.
TDM : Tomodensitométrie
VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Fig1 : Vue de face montrant les différentes régions du cou	p7
Fig2 : Vue de Profile montrant les différentes régions anatomique du cou	p8
Fig3 : Vue postéro-supérieure de la région sus-hyoïdienne	p10
Fig4 : Coupe transversale du cou passant par C6.....	P18
Fig.5 : Vue Antérieure du cou montrant le fascia, les muscles sus et sous Hyoïdiens.....	p23
Fig.6 : Vue de profile montrant la région parotidienne.....	p27
Fig.7 : Vue antérieure de la région sus-claviculaire droite.....	p31
Fig 8 : Répartition des patients en fonction du sexe.....	p60
Fig 9 : Répartition des patients selon leurs professions.....	p60
Fig10 : Répartition des patients en fonction de l'âge.....	p61
Fig11 : Répartition des patients en fonction de leur lieu de résidence.....	p61
Tableau 1 : répartition des patients selon le délai mis a demandé des soins orl.....	p62
Tableau 2 : Répartition des patients en fonction des facteurs de risques.....	p62
Tableau 3 : Répartition des patients en fonction des signes fonctionnels.....	p63
Tableau 4 : Répartition des patients selon la forme clinique.....	p63
Tableau 5 : Répartition de l'effectif selon le nombre de région cervicale atteinte.....	p63
Tableau 6 : Répartition des patients selon la porte d'entrée.....	p64
Tableau 7 : Répartition de l'effectif des patients en fonction des groupes de dents.....	p64
Tableau 8 : Répartition de l'effectif des patients en fonction des signes en faveur des complications vers la médiastinite et ou sepsis sévère.....	p65

Tableau 9: Répartition de l'effectif des patients en fonction des complications.....p65

Tableau 10 : Répartition de l'effectif des patients en fonction des données de la NFS à l'admission.....p66

Tableau 11 : Répartition de l'effectif des patients en fonction des données de la C Protéine Réactive à l'admission.....p66

Tableau 12 : Répartition de l'effectif des patients en fonction des données de la tomodensitométrie (TDM).....p67

Tableau 13: Répartition de l'effectif des patients en fonction des antibiotiques utilisés par voie intraveineuse (IV).....p68

Tableau 14: Répartition de l'effectif des patients en fonction des résultats de l'examen cytobactériologique du pus (ECB).....p68

Tableau 15 : Répartition de l'effectif en fonction des germes retrouvés.....p69

Tableau 16 : Répartition de l'effectif en fonction de la sensibilité des germes selon l'antibiogramme.....p70

Tableau 17: Répartition de l'effectif des patients en fonction du traitement chirurgical.....p71

Tableau 18 : Répartition de l'effectif des patients en fonction du nombre de jour d'hospitalisation.....p71

Tableau 19 : Répartition de l'effectif des patients en fonction de la morbidité.....p71

SOMMAIRE

Pagination

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : RAPPELS	6
RAPPEL ANATOMIQUE DU COU.....	7
ETIOPATHOGENIE.....	35
RAPPEL CLINIQUE.....	42
DEUXIEME PARTIE : NOTRE TRAVAIL	52
METHODOLOGIE.....	53
RESULTATS.....	59
COMMENTAIRES ET DISCUSSION	72
CONCLUSION.....	80
RECOMMANDATIONS	82
TROISIEME PARTIE : ANNEXES	90
ICONOGRAPHIE	91
FICHE SIGNALÉTIQUE	97
FICHE D'ENQUETE	100

INTRODUCTION

La cellulite cervicale ou fasciites des Anglo-Saxons est une infection diffuse du tissu cellulo-aponévrotique du cou. Il s'agit d'une infection de « contiguïté » poly microbienne, sévère, parfois nécrosante touchant initialement les fascias puis s'étendant aux tissus avoisinants et surtout au médiastin ; secondaire à une contamination transmuqueuse dont les portes d'entrées sont principalement bucco-dentaires ou pharyngées [1].

Parmi les urgences cervicales, elles tiennent une place importante de par leur fréquence élevée (le plus souvent liée à l'automédication, aux mauvaises pratiques dentaires et à certaines croyances socioreligieuses), du fait de l'urgence thérapeutique (consultation souvent tardive), et surtout de la rapidité avec laquelle elles peuvent s'étendre et se compliquer [2].

Les principaux signes cliniques peuvent aller de la tuméfaction cervicale avec souvent des crépitations neigeuses, à la dyspnée, la dysphagie et l'hyper sialorrhée. La gravité du tableau clinique initial ou en cours d'évolution fait de leur prise en charge un véritable défi clinique. Ces infections sont associées à une morbidité et une mortalité potentiellement importantes [2-4].

Les germes impliqués dans cette affection viennent de la flore commensale aéro-anaérobie de la cavité buccale. Ces germes, habituellement sans danger chez l'individu sain, peuvent trouver l'opportunité de se développer dans les lésions osseuses et gingivales induites par les caries dentaires négligées, les accidents d'évolution de la dentition ou les parodontites ainsi que les amygdalites [5].

Le traitement associe une antibiothérapie à un geste chirurgical de drainage de la collection purulente et de suppression de la cause [3].

La pratique habituelle, et universellement adoptée, est l'antibiothérapie de première intention basée sur la seule présomption bactériologique. Cette pratique se justifie dans nos pays par la fréquence et l'urgence des cas à traiter, mais également par la difficulté d'obtenir une identification et un antibiogramme, surtout pour les germes anaérobies, et par le prix de revient de ces examens [5].

En Europe, si la pathologie semble être rare [3-5-6], en Afrique subsaharienne, les auteurs ont confirmé la gravité de ces infections diffuses cervicales mais il semble que cette affection soit plus significativement attachée à un niveau de vie assez modeste [7-8-9-10-11].

Au Mali, à ce jour peu d'études [2-42] ont été menées sur le sujet. Nous avons décidé d'initier ce travail avec pour objectifs :

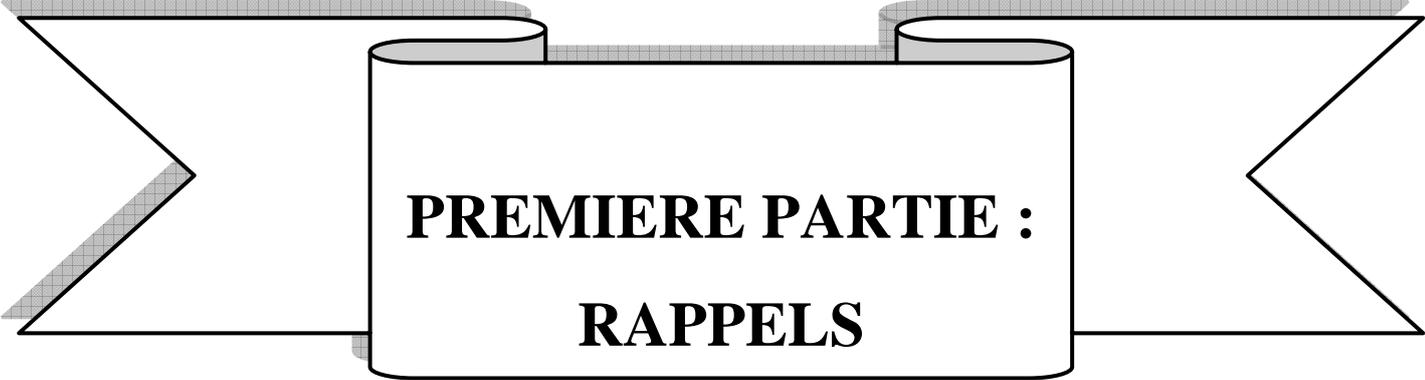
OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL:

Décrire les aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique des cellulites cervicales diffuses dans le service d'ORL-CCF du CHU Gabriel Touré de Bamako.

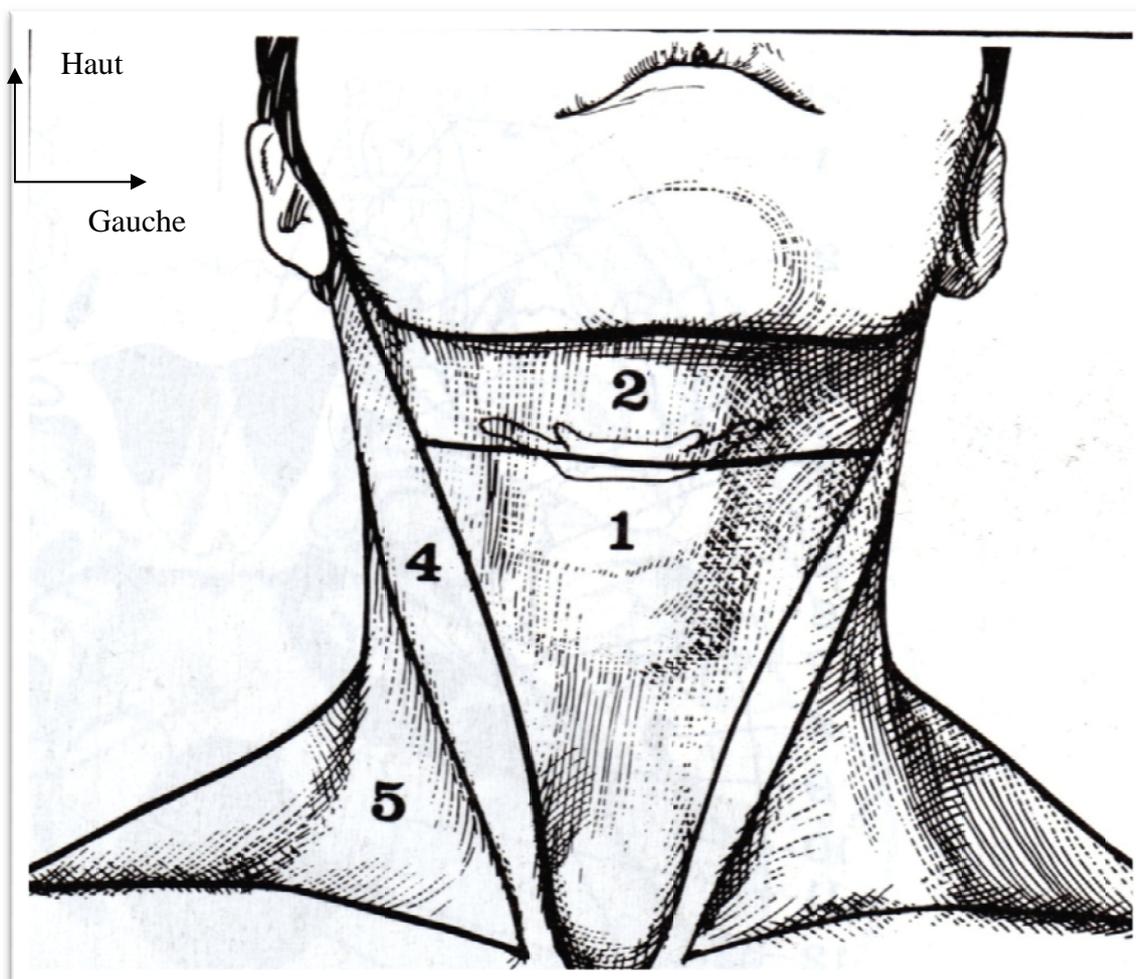
OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Décrire le profil épidémiologique des cellulites cervicales diffuses.
- Déterminer les facteurs favorisant des cellulites cervicales diffuses.
- Décrire les aspects clinique et para-clinique des cellulites cervicales.
- Analyser le profil microbiologique des cellulites cervicales diffuses.
- Analyser notre démarche thérapeutique.



**PREMIERE PARTIE :
RAPPELS**

1-RAPPEL ANATOMIQUE DU COU



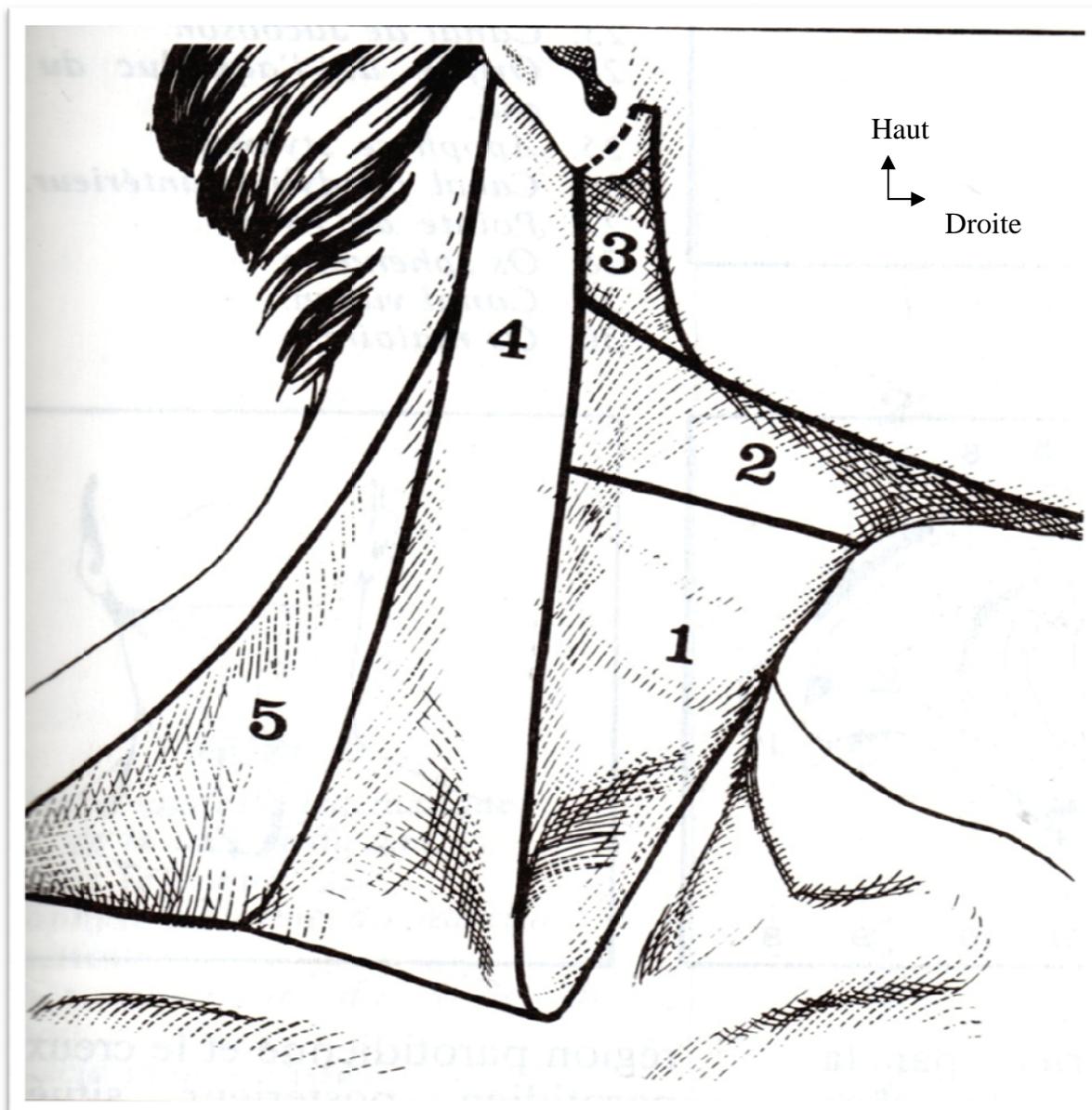
1-Région sous hyoïdienne, 2-Région sus hyoïdienne

4-Région carotidienne, 5-Région sus claviculaire.

Figure 1 : Vue de face montrant les différentes régions du cou.

Source : Cours Anatomie Tête et Cou, Pr M.H. Fessy, faculté lyon-sud : Cours;

Dates : 17 avril 2014.



1-Région sous hyoïdienne, 2-Région sus hyoïdienne, 3-Région parotidienne, 4-Région carotidienne, 5-Région sus claviculaire.

Figure 2 : Vue de Profil montrant les différentes régions anatomique du cou

Source : Cours Anatomie Tête et Cou, Pr M.H. Fessy, faculté lyon-sud. Cours : dates : 17 avril 2014.

De forme grossièrement cylindrique, le cou est centré du point de vue squelettique sur une tige ostéo-articulaire souple et mobile : le rachis cervical. Autour de l'axe sensiblement médian que forme le rachis cervical des différentes formations anatomiques du cou s'ordonnent en deux grandes régions très différentes dans leur structure et leur importance. La moitié postérieure presque purement musculaire forme la nuque. La moitié antérieure infiniment plus complexe constitue la gorge, région de passage de nombreux éléments vasculaires nerveux et viscéraux.

Ses limites inférieures sont représentées : En avant par le bord supérieur du manubrium sternal et la face supérieure des 2 clavicules. En arrière par une ligne conventionnelle horizontale unissant les 2 articulations acromio-claviculaire et passant par l'apophyse épineuse de la 7^{ème} vertèbre cervicale.

Ses limites supérieures sont représentées en allant d'avant en arrière par : le bord sensiblement horizontal de l'arc mandibulaire, le bord postérieur presque vertical de la branche montante de la mandibule. En arrière, une ligne horizontale tendue de l'articulation temporo-mandibulaire à la protubérance occipitale externe.

Subdivisons anatomiques du cou :

L'étude anatomique du cou permettra d'envisager successivement :

Les régions antérieures du cou subdivisées en deux régions :

- La région sus-hyoïdienne qui contient la glande sous-mandibulaire
- La région sous-hyoïdienne comportant l'axe viscéral du cou et la loge thyroïdienne.

Les régions latérales du cou subdivisées en trois régions :

- La région carotidienne
- La région parotidienne
- La région sus-claviculaire

Et enfin la région de la nuque qui ne fera pas partie de notre sujet

1.1-La région sus-hyoïdienne :

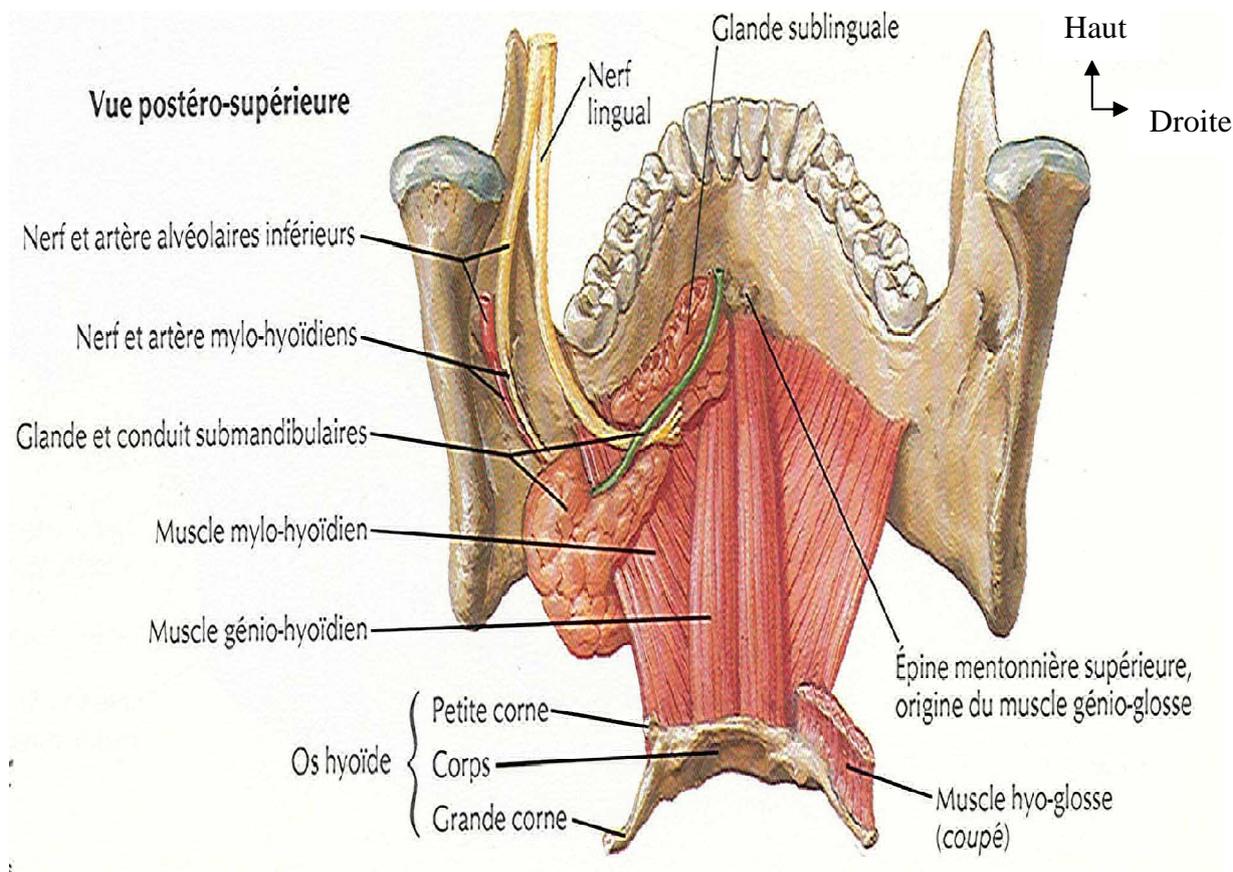


Figure 3 : Vue postéro-supérieure de la région sus-hyoïdienne

Source : Précis d'anatomie clinique de la tête et du cou, NETTER.

Elle est limitée superficiellement :

- En bas par une ligne horizontale passant par le corps de l'os hyoïde,
- En haut par le bord inférieur, concave en arrière du maxillaire inférieur,
- Latéralement par le bord antérieur des deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens.

En allant de la périphérie à la profondeur, la région sus-hyoïdienne comprend :

- la peau et le tissu sous cutané
- le platysma
- l'aponévrose cervicale superficielle
- le plan musculaire
- Le cadre squelettique

1.1.1-La peau et tissus sous cutanés :

Glabre chez la femme et l'enfant, elle est recouverte chez l'homme par les poils de la barbe. Souple, épaisse, extensible, souvent soulevée par le tissu graisseux sous-jacent.

L'épiderme, couche externe est composé d'un épithélium pavimenteux stratifié qui comprend 30 à 50 strates de cellules. Cette couche de cellules est avasculaire et sur sa partie la plus externe est constituée de cellules mortes, kératinisés.

Le derme, épais, situé plus en profondeur, est composé de tissu conjonctif richement vascularisé, de cellules vivantes et de nombreuses fibres élastiques, de réticuline et de collagène. Le derme comprend également de nombreuses glandes sudoripares, sébacées, et de follicules pileux, ainsi que des récepteurs sensoriels à la chaleur, au froid, au toucher, à la pression et à la douleur. Le derme est composé de deux couches, la zone papillaire au contact de l'épiderme et plus en profondeur, au contact de l'hypoderme, une couche épaisse, la zone réticulaire.

L'hypoderme (tissu sous cutané) qui n'est pas considéré comme une couche séparée, est constituée de tissu lâche (aréolaire), de tissu adipeux, de vaisseaux sanguins et lymphatiques. L'hypoderme est renforcé par des fibres de collagène et d'élastine. L'hypoderme relie le derme aux organes sous jacents, stocke des

lipides, à un rôle d'isolation et constitue une sorte de rembourrage pour le corps. Il régule également la température du corps par des mécanismes autonomes de vasoconstriction et de vasodilatation.

1.1.2-Le Platysma :

Le peaucier est une lame musculaire très mince née de la face profonde de la peau de la région mentonnière et des commissures labiales. Il n'appartient à la région sus-hyoïdienne que par ses fibres supérieures qui s'entrecroisent sur la ligne médiane et se poursuit plus bas et plus en dehors dans les plans superficiels des régions sous-hyoïdienne, carotidienne et sus-claviculaire.

1.1.3-Le plan aponévrotique :

L'aponévrose cervicale superficielle au niveau de cette région ne se moule pas exactement sur les plans sous-jacents ; elle adhère en certains points aux plans profonds, se détachant en haut du bord inférieur du maxillaire inférieur, elle enveloppe à la partie médiane de la région, les ventres antérieurs des digastriques et tapisse le plan du muscle mylo-hyoïdien. En bas elle se poursuit au-delà de l'os hyoïde vers la région sous-hyoïdienne. Mais un peu après avoir croisé l'os hyoïde, elle émet par sa face profonde un feuillet réfléchi qui remonte se fixer au bord de l'os hyoïde. Ce feuillet en forme de sangle concave en haut forme le plancher d'une logette : il s'agit de la loge sous-maxillaire.

En arrière et latéralement, l'aponévrose cervicale superficielle se dédouble pour engainer le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Mais au niveau de l'angle de la mâchoire elle s'épaissit en un trousseau fibreux tendu de l'angle de la mâchoire au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et constitue la bandelette maxillaire qui sépare la région de la loge parotidienne située plus en arrière et plus en haut.

1.1.4-Le plan musculaire :

1.1.4.1-Le muscle mylo-hyoïdien : est un muscle pair de la partie supérieure du cou qui forme avec son vis-à-vis le plancher de la cavité buccale.

Origine: il naît sur un raphé tendu de la symphyse mentonnière en avant jusqu'à l'os hyoïde débordant sur son bord inférieur en arrière. Le raphé médian peut être absent et les deux muscles être en continuité.

Trajet: il suit un trajet oblique vers le haut et l'extérieur.

Terminaison: il s'insère sur la face médiale de la mandibule le long d'une ligne partant du bas de la symphyse mentonnière en avant et s'achevant au niveau de la dernière molaire en arrière.

Innervation : Il est sous le contrôle du nerf mylo-hyoïdien venant du nerf alvéolaire inférieur, branche collatérale du nerf mandibulaire (V3).

Actions : Il provoque l'ascension de l'os hyoïde lorsque la mandibule est fixe, et l'abaissement de la mandibule lorsque l'os hyoïde est fixe.

1.1.4.2-Le muscle Hyoglosse :

Origine : il naît sur toute la longueur de la face supérieure de la grande corne de l'os hyoïde.

Trajet: il se dirige en haut et en avant de chaque côté de la langue.

Terminaison: il s'achève dans la paroi de la langue entre le muscle stylo-glosse en dehors et le muscle longitudinal supérieur en dedans.

Innervation : Il est innervé par le nerf grand hypoglosse, douzième paire des nerfs crâniens.

1.1.4.3-Le muscle Stylo-hyoïdien :

Petit muscle fusiforme étendu de la face latérale du processus styloïde à la face antérieure du corps de l'os hyoïde. Sa terminaison sur cet os se fait par une lame tendineuse.

Origine : il naît de la face postéro-latérale de l'apophyse styloïde de l'os temporal.

Trajet : divisée en deux languettes pour le passage du tendon intermédiaire du digastrique. La direction du muscle est oblique en avant, en bas et en dehors. En effet, le stylo-hyoïdien est en rapport assez étroit avec le ventre postérieur du digastrique. Ce dernier muscle, venu du processus mastoïde, se rapproche progressivement du stylo-hyoïdien. D'abord postéro-latéral par rapport à lui, il vient ensuite passer dans sa fourche.

Terminaison : il s'insère sur le corps de l'os hyoïde. Son innervation est assurée par le nerf facial.

Action : Le muscle stylo-hyoïdien attire l'os hyoïde vers le haut et l'arrière lors de sa contraction. Donc c'est un muscle élévateur laryngé, et il fait partie des muscles extrinsèques du larynx.

1.1.4.4-Le muscle Digastrique :

Ce muscle est composé de deux corps charnus, allongés, unis entre eux par un tendon intermédiaire. Il décrit une courbe à concavité supérieure et va du processus mastoïde à la mandibule.

Origine : Par des fibres charnues et tendineuses, de l'incisure mastoïdienne située en dedans de la base du processus mastoïde.

Trajet : il part de l'incisure mastoïdienne, se porte en avant, en bas et un peu en dedans, se rapprochant progressivement du muscle stylo-hyoïdien. Puis se divise en trois ordres de fibres de valeur très différente : les premières se fixent au corps de l'os hyoïde, les secondes renforcent la lame superficielle du fascia cervical vers la ligne médiane, les troisièmes enfin, beaucoup plus importantes, donnent naissance au ventre antérieur du digastrique qui se porte en avant, en

haut et en dedans.

Terminaison : elle se fait dans la fosse digastrique située à la face médiale du corps de la mandibule près de la ligne médiane.

1.1.5- contenu de la région sus-hyoïdienne :

- **La glande sous-maxillaire :** glande salivaire à la taille d'une grosse amande, de couleur gris rosé, d'aspect lobulé, de consistance ferme et d'un poids de six à huit grammes. Elle est située à la partie latérale de la région sus-hyoïdienne dans une loge bien individualisée : la loge sous-maxillaire.

Elle se prolonge en avant par le canal excréteur de Wharton qui gagne le plancher de la bouche pour s'ouvrir dans la cavité buccale en dehors du frein de la langue (ostium ombilical).

- **Les artères de la région sus-hyoïdienne :**

Elles sont essentiellement représentées par l'artère linguale et l'artère faciale qui naissent de la carotide externe en arrière et un peu au-dessus de l'os hyoïde, la faciale passe dans le triangle stylo-digastrique sinueuse sur le pôle supérieur de la glande sous-maxillaire, croise le bord inférieur de la mandibule pour gagner la face. L'artère linguale gagne le plancher de la bouche en passant par le muscle hyo-glosse et le muscle mylo-glosse.

- **Les Veines :**

La veine faciale contrairement à l'artère croise en dehors du muscle digastrique, ainsi les veines se réunissent pour former le tronc thyro-lingo-facial.

- **Les lymphatiques :**

Ils se répartissent en deux groupes ganglionnaires :

- Un groupe antérieur ou sous mental qui draine la lymphe de la lèvre inférieure et du menton.
- Un groupe latéral ou sous-maxillaire beaucoup plus important constitué par des ganglions pré glandulaire à la face superficielle de la glande et des ganglions rétro-glandulaire.

- **Les Nerfs :**

Ils sont au nombre de trois : le grand hypoglosse, le lingual et le rameau mentonnier du nerf facial.

Le cadre squelettique : est constitué par

- **Le maxillaire inférieur**
- **L'os hyoïde**

1.2. La région sous-hyoïdienne :

Dans son ensemble la région sous-hyoïdienne, a la forme d'un triangle isocèle dont la base supérieure serait formée par l'os hyoïde, le sommet tronqué par la fourchette sternale, les côtés représentés par le bord antérieur des deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens.

1.2.1-La peau et tissus sous cutanés :

La peau est fine à ce niveau, très mobile, extensible. Glabre chez la femme, elle est chez l'homme revêtue à sa partie supérieure par les poils les plus inférieurs de la barbe. Elle présente souvent un ou plusieurs plis transversaux que l'on utilise pour dissimuler les cicatrices de cervicotomie transversale. Chez les sujets âgés elle présente souvent en outre une série de plis épais et verticaux.

L'hypoderme (tissu sous cutané) constituée de tissu lâche (aréolaire), de tissu adipeux, et de vaisseaux sanguins et lymphatiques ; comprend une couche superficielle et une couche profonde.

- La couche superficielle est aréolaire plus ou moins riche en graisse suivant les sujets ;
- La couche profonde lamellaire formant un véritable fascia superficialis dans l'épaisseur duquel chemine à la partie externe de la région des fibres obliques en bas et en dehors du peucier du cou et des vaisseaux et nerfs superficiels.

1.2.2-Platysma :

Le platysma est une large couche musculaire mince, en dessous du tissu sous-cutané du cou. Comme les autres muscles faciaux et du cuir chevelu, il se développe à partir d'une lame continue de musculature dérivée du mésenchyme du 2e arc pharyngien de l'embryon, le platysma recouvre la face antérolatérale du cou. Ses fibres naissent dans le fascia profond recouvrant les parties supérieures des muscles deltoïde et grand pectoral et se portent supéro-médialement, au-dessus de la clavicule jusqu'au bord inférieur de la mandibule. Les bords antérieurs des deux muscles se croisent sur le menton et fusionnent avec les muscles de la face. En bas, les fibres divergent, laissant un espace au-devant du larynx et de la trachée. Il y a beaucoup de variations en termes de continuité dans cette couche musculaire qui se présente souvent sous la forme de faisceaux isolés. En agissant à partir de son insertion supérieure, le platysma tend la peau, produisant des crêtes cutanées verticales et diminue la pression sur les veines superficielles. Agissant depuis son insertion inférieure, le platysma aide à abaisser la mandibule et attire l'angle de la bouche vers le bas.

1.2.3-Le plan aponévrotique :

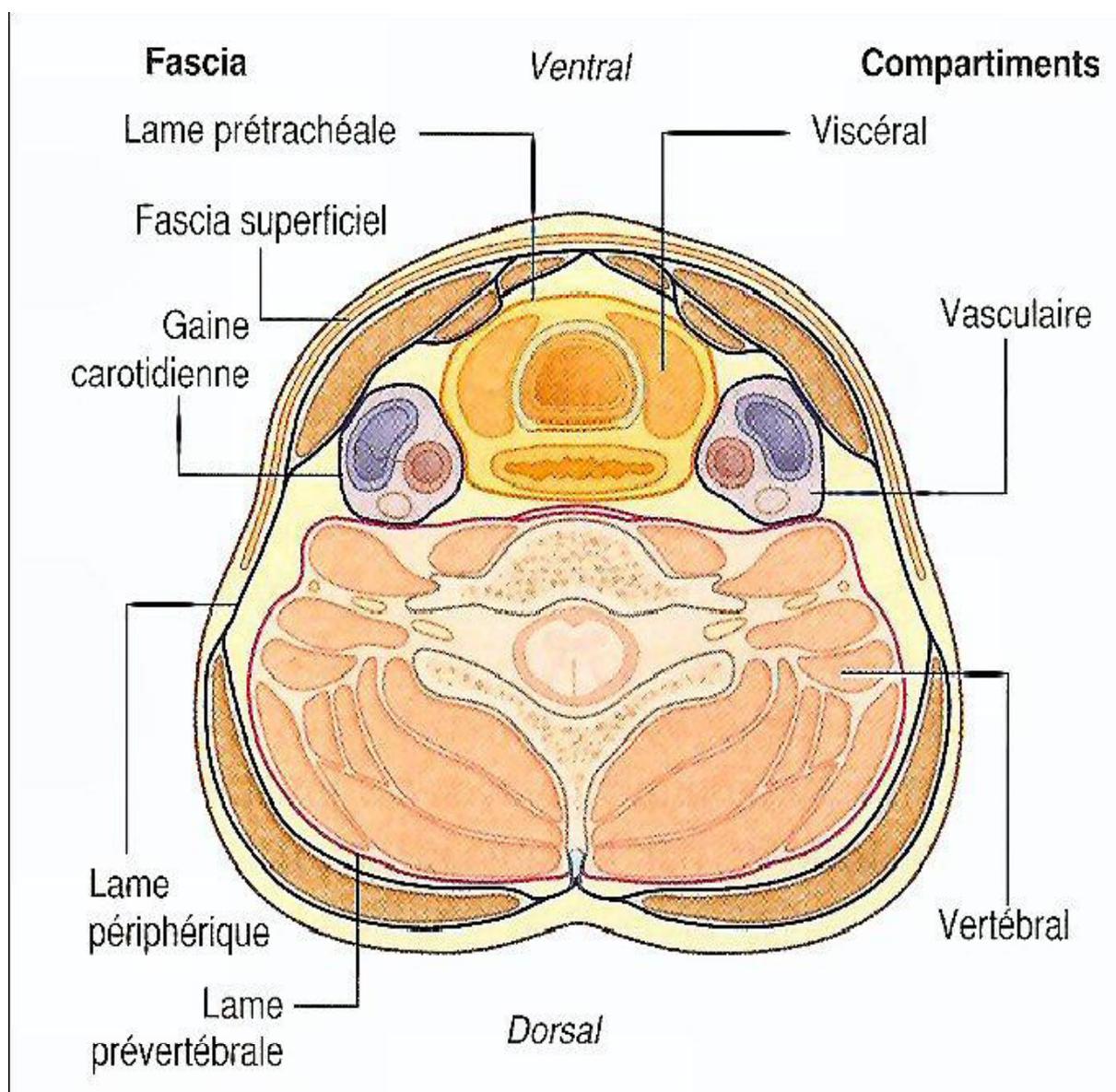


Figure 4 : Coupe transversale du cou passant par C6.

Source: Drake RL, Vogl W, Mitchell ADW - Gray's anatomie. 1ère édition. 2006 Elsevier Masson.

- **Le fascia ou l'aponévrose cervicale** : il s'insère en haut sur la ligne nuchale supérieure, le processus mastoïde et le bord inférieur de la mandibule. Étendu entre les muscles sterno-cléido-mastoïdiens qu'elle engaine latéralement et contenant les veines jugulaires antérieures qui deviendront intra aponévrotique un peu au au-dessous de l'os hyoïde et descend de part et d'autre de la ligne blanche. Ses insertions inférieures se fond sur le bord supérieur du manubrium sternal, la face supérieure de la clavicule, l'acromion et l'épine de la scapula.

La lame superficielle enveloppe en dedans le sterno-cleido-hyoïdien, en dehors l'omo-hyoïdien dont le ventre antérieur longe le bord externe du sterno-cleido-hyoïdien.

La lame moyenne : forme la paroi antérieure de la loge thyroïdienne. Elle engaine, en bas le sterno-thyroïdien (oblique en haut et en dehors) et en haut le thyro-hyoïdien au dessus du cartilage thyroïde.

La lame profonde : prévertébrale, engaine les muscles scalènes, la musculature pré vertébrale.

- **Les espaces cellulux de la région sous-hyoïdienne:**

Les différents plans aponévrotiques de la région sont séparés par deux espaces cellulux : l'espace pré-viscéral et l'espace intermusculo-aponévrotique.

• **L'espace pré-viscéral** est situé entre la gaine viscérale en arrière et la lame moyenne de l'aponévrose cervicale. Occupé par du tissu cellulaire lâche, il est cloisonné sur la ligne médiane par l'adhérence de la face postérieure du muscle sterno-thyroïdien à la face antérieure du corps thyroïde.

• **L'espace inter-musculo-aponévrotique** de forme prismatique triangulaire à base inférieure est situé entre la lame moyenne et superficielle de l'aponévrose cervicale.

1.2.4-Le plan musculaire :

1.2.4.1-Le sterno-cleido-hyoïdien : c'est un muscle pair de la face antérieure du cou, tendu entre le sternum et l'os hyoïde. Il est le plus interne des deux muscles de la couche superficielle.

Origine : il naît sur le bord inférieur de l'os hyoïde, près de sa partie médiane.

Trajet: il descend en s'élargissant légèrement en avant et en dehors.

Terminaison: il s'insère sur le bord postérieur médial de la clavicule et sur la partie voisine du manubrium sternal.

Innervation : Il est innervé par un rameau de l'anse cervicale.

1.2.4.2-L'omo-hyoïdien : ce muscle va du bord supérieur de la scapula à l'os hyoïde.

Origine : il naît du bord supérieur de la scapula, immédiatement en dedans de l'incisure coracoïdienne.

Trajet : il part de la scapula sous forme d'un corps charnu, mince, qui s'arrondit un peu en se portant en haut, en avant et en dedans. Il apparaît ainsi dans l'angle du bord antérieur du trapèze et de la clavicule. Puis il disparaît sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Ce ventre inférieur se jette ensuite sur un tendon intermédiaire qui est situé sensiblement en regard du tubercule carotidien (dit de Chassaignac), c'est-à-dire du tubercule antérieur du processus transverse de la sixième vertèbre cervicale. Au tendon fait suite le ventre supérieur du muscle qui se redresse pour aller plus franchement en haut et en dedans, faisant ainsi un angle obtus avec le ventre inférieur. Il se dégage du muscle sterno-cléido-mastoïdien, se rapproche du muscle sterno-hyoïdien, et s'accolle au bord latéral de ce dernier muscle.

Terminaison : Immédiatement en dehors du muscle sterno-hyoïdien, au bord inférieur du corps de l'os hyoïde.

Action : comme le muscle sterno-hyoïdien, il est abaisseur de l'os hyoïde, et en fixant cet os par sa contraction, il fournit un point d'appui aux muscles supra-hyoïdiens pour abaisser la mâchoire.

Innervation : il est innervé par le plexus cervical (C2, C3) par l'intermédiaire de la racine inférieure de l'anse cervicale.

1.2.4.3-Le sterno-thyroïdien : muscle tendu du sternum au cartilage thyroïde.

Origine : il naît sur une ligne oblique en haut et en arrière située sur la face latérale du cartilage thyroïde.

Trajet : muscle plat, il descend derrière le muscle sterno-hyoïdien.

Terminaison : il s'insère sur la face postérieure du manubrium sternal, en dessous du muscle sterno-hyoïdien et quelque fois sur le premier cartilage costal.

Innervation : il est assuré par l'anse cervicale.

Action : Le muscle sterno-thyroïdien tire le larynx et donc par conséquence l'appareil hyoïde en arrière.

1.2.4.4-Le thyro-hyoïdien : c'est un muscle court et aplati.

Origine : Il va, de la ligne oblique du cartilage thyroïde et des deux tubercules qui limitent cette ligne,

Trajet : oblique en haut et en dedans.

Terminaison : il se fixe au bord inférieur de la moitié externe du corps de l'os hyoïde et de la partie adjacente de la grande corne.

Innervation : est assuré par le grand hypoglosse ;

Action : Il abaisse directement l'os hyoïde. Lorsqu'il est tendu, ainsi que le muscle sterno-thyroïdien, il permet l'action des muscles supra-hyoïdiens, abaisseurs de la mandibule.

1.2.5-Plan profond :

Formé par l'os hyoïde et la gaine viscérale du cou (conduit laryngo-trachéal ; conduit pharyngo-œsophagien et corps thyroïde).

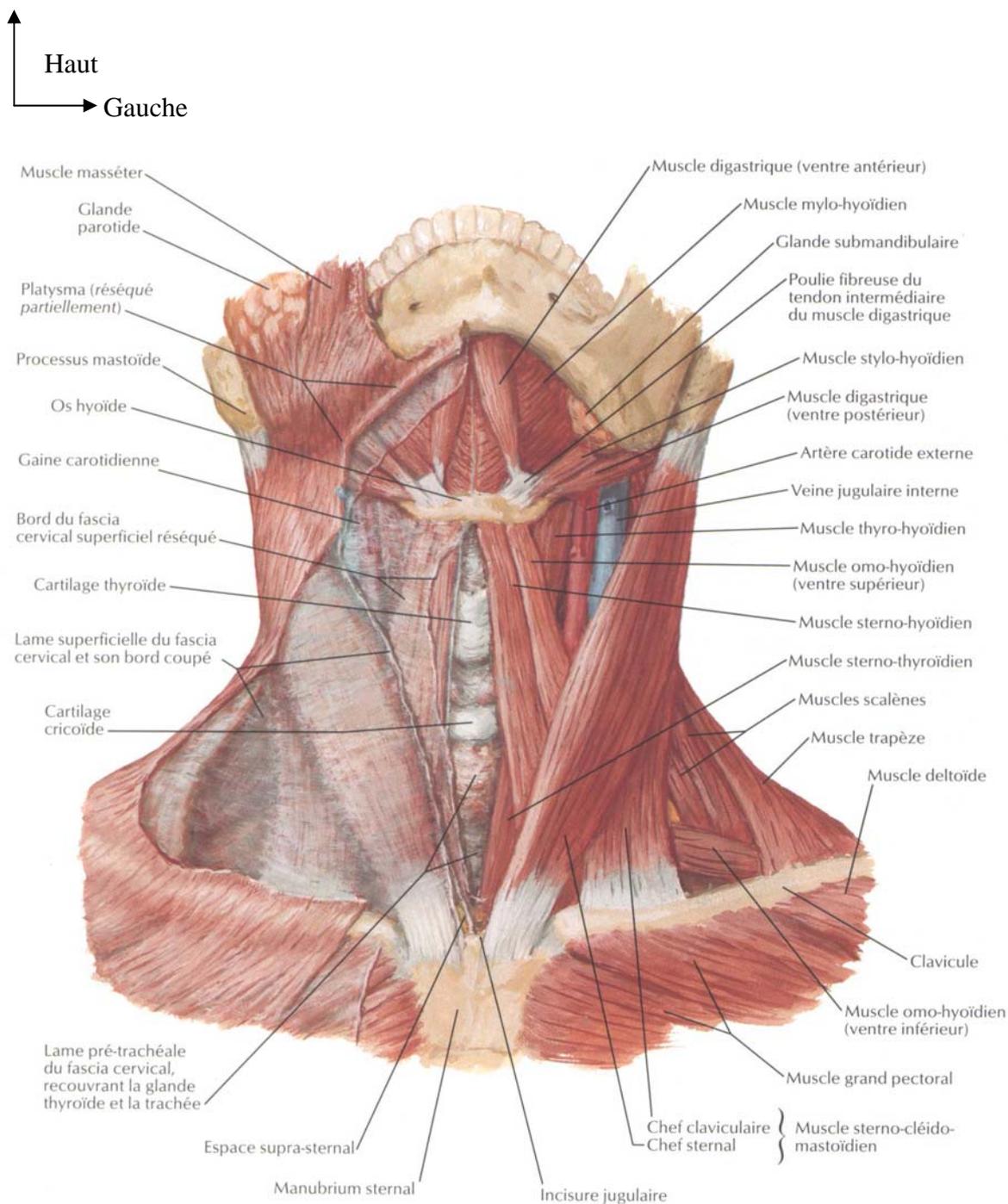


Figure 5 : Vue Antérieure du cou montrant le fascia, les muscles sus et sous Hyoïdiens.

Source : Précis d'anatomie clinique de la tête et du cou, NETTER.

1.3-La région carotidienne :

Quadrilatère, très allongée, oblique en arrière et en haut, la région carotidienne est limitée :

- En avant par le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ;
- En arrière par le bord postérieur de ce muscle ;
- En bas par la clavicule et la fourchette sternale ;
- En profondeur par la colonne cervicale (en arrière) et l'axe viscéral du cou (en dedans).

1.3.1-Peau et tissu cellulaire sous-cutané :

Fine, glabre, mobile sur les plans sous-jacents, la peau de la région carotidienne se prête aux incisions esthétiques. La saillie du sterno-cléido-mastoïdien est visible lors de la rotation de la tête du côté opposé, tandis qu'à l'inspiration se dilate la veine jugulaire externe.

Le tissu cellulaire sous cutané est dense et serré au-dessous de l'apophyse mastoïde, il devient plus lâche et forme plus bas un véritable fascia superficialis pour envelopper le muscle peaucier du cou ou platysma. Il est parcouru par les artères, les veines, les lymphatiques et les nerfs superficiels.

1.3.2- La gouttière carotidienne :

Elle se situe en-dessous du plan musculaire de couverture où se trouve un tissu cellulaire abondant dans lequel circule le paquet vasculo-nerveux du cou, constitué par :

- L'artère carotide primitive :

Encore appelée carotide commune, elle a un calibre de huit millimètres et est la plus volumineuse des artères du cou.

A droite, elle naît à la base du cou, à la bifurcation du tronc brachiocéphalique.

A gauche, elle naît directement de la crosse de l'aorte et comporte donc avant sa portion cervicale, un trajet intra-thoracique.

Les branches de division de la carotide primitive :

Ce sont les carotides externe et interne dans leur première portion.

La carotide interne postéro-externe ne donne pas de collatérales.

Par contre la carotide externe antéro-interne donne naissance à tout un groupe de collatérales :

- La thyroïdienne supérieure ;
- Les troncs communs constitués par la linguale, la faciale, la pharyngienne ascendante, l'occipitale, l'auriculaire postérieure et les rameaux destinés au sterno-cléido-mastoïdien et à la parotide.

- **La veine jugulaire interne :**

Satellite du système carotidien, elle est la veine profonde principale du cou. D'un diamètre d'environ quinze millimètres, elle a deux dilatations ; elle se gonfle à chaque inspiration. Dans la gouttière carotidienne, elle ne reçoit que deux collatérales : le tronc thyrolinguo- facial et la veine thyroïdienne moyenne (inconstante).

- **La chaîne lymphatique jugulaire :**

Elle forme un important amas de vingt à trente ganglions, entre la jugulaire interne et le sterno-cléido-mastoïdien qui drainent les lymphatiques de la face, de la nuque et de la portion cervicale des voies respiratoires et digestives.

Les trois chaînes jugulaire interne, cervicale transverse et spinale forment un triangle de ganglions (triangle de Rouvière).

- **Le nerf pneumogastrique :**

Appelé aussi nerf vague il donne des branches cervicales : rameaux pharyngiens, le nerf laryngé supérieur, le rameau vagal du corpuscule rétro-carotidien, le nerf laryngé inférieur ou récurrent.

- **Le nerf grand hypoglosse :**

Il donne naissance à une branche descendante qui s'anastomose avec une branche du plexus profond pour former « l'anse de l'hypoglosse ».

1.3.3-La loge ostéo-musculaire : elle est constitué par :

- **Le rachis cervical** dont la face antérieure des apophyses transverses de C3 à C7 forme le relief postérieur de la région. Facile à palper, surtout au niveau de

C6, où le tubercule de Chassaignac est utilisé comme repère dans la découverte de la carotide primitive ;

- **Les muscles de la région prévertébrale** et plus latéralement, les muscles scalènes ;
- **Des éléments nerveux** dont les branches profondes du plexus cervical ;
- **L'axe viscéral du cou** avec d'avant en arrière : le corps thyroïde, le larynx et la trachée, le pharynx et l'œsophage et de chaque côté les nerfs récurrents.
- **Latéralement** : elle est limitée en arrière par le ventre postérieur du muscle omohyoïdien ; en avant par la partie basse du muscle sterno-cléidohyoïdien et entre les deux se trouve l'aponévrose cervicale moyenne.

Le muscle sterno-cléido-mastoïdien forme un véritable plan de couverture, il est décomposable en trois faisceaux, disposés en deux couches.

- Couche profonde : le cléido-mastoïdien se fixe entre la face supérieure de la clavicule et le bord antérieur de l'apophyse mastoïde ;
- Couche superficielle : d'une part le muscle sterno-mastoïdien inséré entre la face antérieure du manubrium sternal et le bord antérieur de l'apophyse mastoïde et d'autre part le cléido-occipital qui s'étend de la face supérieure de la clavicule aux deux tiers externes de la ligne courbe supérieure de l'occipital.

1.3.4-Rapports généraux :

La loge carotidienne est en rapport avec :

- En arrière : la région prévertébrale et ses éléments nerveux et vasculaires ;
- En dedans : l'axe aéro-digestif du cou dont le larynx et le pharynx (en haut), la trachée et l'œsophage (en bas), et des éléments nerveux : nerf laryngé supérieur, nerf laryngé récurrent.

En avant : les muscles sous-hyoïdiens, le corps thyroïdien(en dessous de l'os hyoïde) et la région sus-hyoïdienne latérale et la glande sous-maxillaire (en dessous de l'os hyoïde).

- En bas : le médiastin (en dedans) et le creux sus-claviculaire (en dehors).

1.4-La région parotidienne :

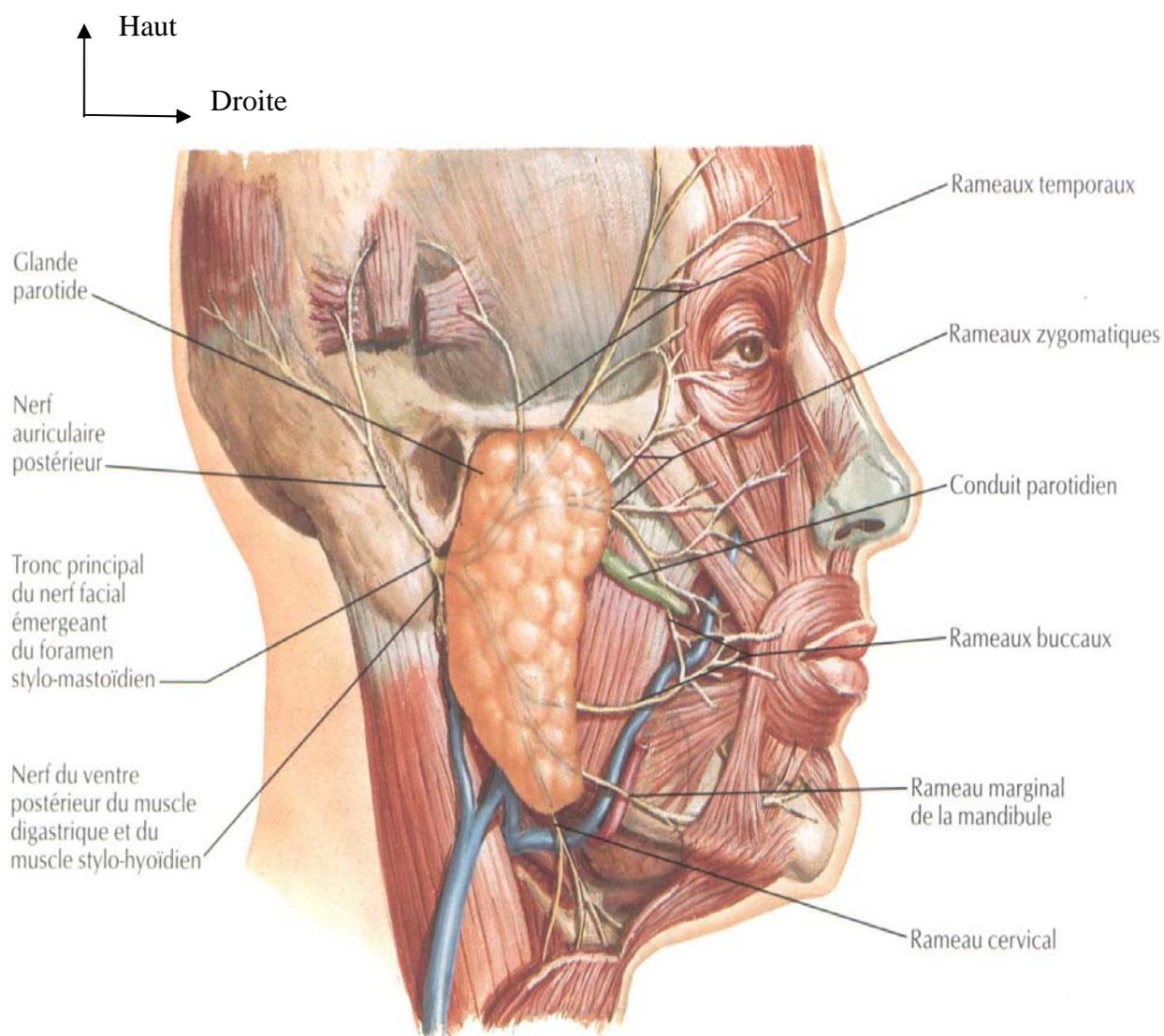


Figure 6 : Vue de profile montrant la région parotidienne.

Source : Précis d'anatomie clinique de la tête et du cou, NETTER.

La région parotidienne est limitée :

- En avant par la branche montante du maxillaire inférieur ;
- En arrière par l'apophyse mastoïde et le sterno-cléidomastoïdien
- En haut par le conduit auditif externe et la portion postérieure de l'arcade zygomatique ;
- En bas par une ligne horizontale allant de la mastoïde à l'angle de la mandibule, la séparant ainsi de la région carotidienne ;
- En profondeur par l'apophyse styloïde et l'espace latéropharyngien.

1.4.1-La loge parotidienne :

On lui décrit six parois : externe, antérieure, postérieure, supérieure, interne et inférieure. Il existe des ouvertures (ou points de faiblesse) des parois de la loge parotidienne.

En arrière: le prolongement postéro-externe et le prolongement postéro-interne (entre muscles stylo-hyoïdien et digastrique).

En avant : le prolongement massétérien (dans la boutonnière rétro condylienne et surtout sur la face latérale du masséter) est quasi constant, il peut être isolé et formé une **parotide accessoire**;

En haut : le prolongement zygomatique (pré-tragien);

En dedans et avant : le prolongement pharyngien.

1.4.2-Contenu de la région parotidienne :

Elle est constituée par la glande parotide, les vaisseaux sanguins, les ganglions lymphatiques et les nerfs.

- La glande parotide :

Elle est la plus volumineuse des glandes salivaires avec un poids de vingt cinq à trente grammes ; de coloration jaune rosé, elle a une consistance ferme et une surface lobulée, entourée par une capsule.

Elle est constituée de deux lobes, l'un profond et l'autre superficiel unis par un isthme.

Le canal excréteur de Sténon ou canal parotidien est long de quatre centimètres, à un diamètre de trois millimètres et prend son origine par deux branches correspondant aux lobes profond et superficiel.

- **Les vaisseaux sanguins :**

A l'intérieur même de la glande, circulent de la profondeur à la superficie, la carotide externe et le confluent veineux parotidien.

L'artère carotide externe donne l'artère stylo-mastoïdienne, satellite du nerf facial et quelques rameaux parotidiens ; elle se termine par deux branches, l'une verticale, la temporale superficielle et l'autre horizontale, la maxillaire interne.

Le confluent veineux parotidien plus superficiel, naît de la confluence des veines temporales superficielles et maxillaires internes ; il reçoit plus bas les veines occipitales postérieures. Il s'évacue de trois façons : soit par la veine jugulaire externe, soit par la communicante intra-parotidienne, soit par la carotide externe.

- **Les ganglions lymphatiques :**

Très nombreux, ils sont groupés en profondeur et en superficie, sous l'aponévrose cervicale superficielle. Tous ces ganglions se drainent dans la chaîne jugulaire interne.

- **Les nerfs :**

La région parotidienne est traversée par deux nerfs dont :

- **L'auriculo-temporal** (issu du maxillaire inférieur) : il donne des filets pour l'articulation temporo-maxillaire et surtout des filets parotidiens qui apportent à la glande son innervation sécrétrice ;
- **Le nerf facial** qui est le plus superficiel des éléments intraparotidiens et qui présente deux segments : le rétroganglionnaire qui donne trois branches (le nerf du stylo-hyoïdien, le rameau lingual, le rameau auriculaire postérieur) et l'intraganglionnaire qui donne deux branches terminales (la temporo-faciale et la cervico-faciale).

1.4.3-Rapports généraux :

En avant la région parotidienne répond à deux régions : une externe massétérine et une interne ptérygo-maxillaire.

En arrière également deux régions : une région externe formée par le sterno-cléido-mastoïdien et le ventre digastrique et une région interne qui communique avec l'espace sous-parotidien postérieur.

En dedans l'espace pré-stylien fait communiquer la région parotidienne avec l'espace latéro-pharyngien.

1.5- La région sus-claviculaire :

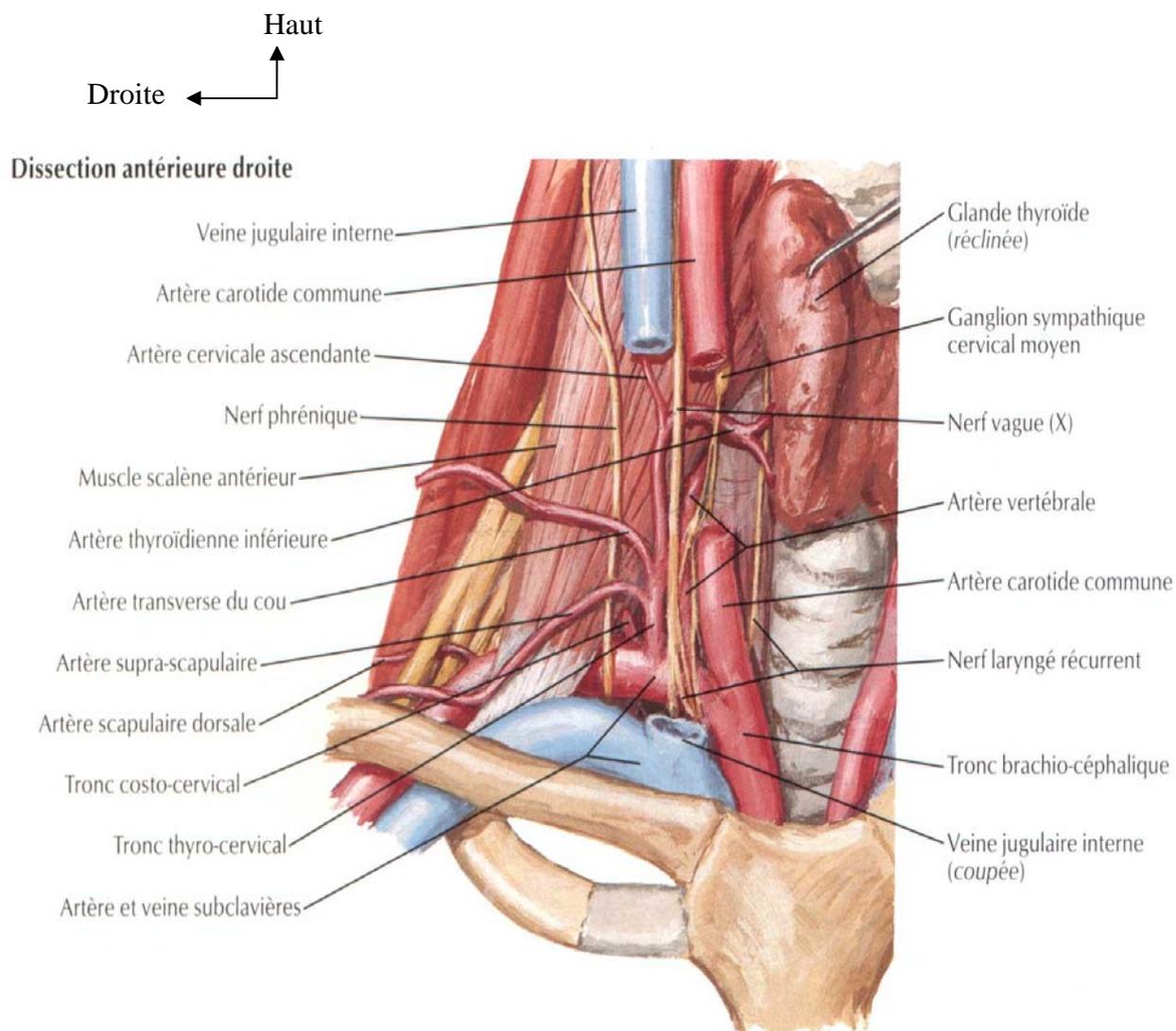


Figure 7 : vue antérieure de la région sus-claviculaire droite.

Source : Précis d'anatomie clinique de la tête et du cou, NETTER.

Les limites superficielles de la région sus-claviculaire sont représentées :

- En bas par la saillie de la clavicule ;
- En avant par le relief du bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien ;
- En arrière par le relief du bord antérieur du trapèze et la face antérieure des muscles de la nuque ;
- En dedans par le plan sagittal passant par les apophyses transverses des cinq dernières vertèbres cervicales.

1.5.1-Le contenu de la région sus-claviculaire :

- Le dôme pleural :

Il forme le véritable plancher de la région sus-claviculaire et il est classique de lui distinguer trois versants :

- Un versant antérieur, situé à trois à ou à quatre centimètres au-dessus de la clavicule ;
- Un versant postérieur, en avant de la première côte ;
- Un versant interne qui se poursuit avec la face médiastinale de la plèvre et du poumon.

- Les éléments nerveux :

Extrêmement nombreux, ils comprennent :

- La branche externe du nerf spinal ;
- Une partie du plexus cervical formée par les branches des quatre premières racines cervicales, notamment le nerf phrénique ;
- Le ganglion stellaire du sympathique ;
- Le pneumogastrique et le récurrent droit ;
- Le plexus brachial qui est un entrelacement nerveux des branches antérieures des quatre dernières racines cervicales (C5, C6, C7, C8) et la première racine dorsale. Il donne des collatérales dans sa partie inférieure, dans le creux axillaire et dans la région sus-claviculaire : le nerf du sous-clavier, du grand pectoral, du petit pectoral, le nerf sus scapulaire, le nerf de l'angulaire, du rhomboïde, du

grand dentelé dont les branches terminales naissent toutes dans le creux axillaire.

- **Les artères :**

L'artère sous-clavière est une artère volumineuse destinée à la vascularisation d'une partie du cou, de l'encéphale et du membre supérieur. Elle a une origine et un trajet différents à droite et à gauche.

La sous-clavière droite d'environ huit centimètres naît derrière l'articulation sterno-costoclaviculaire et à gauche dans le thorax. Elle donne six collatérales :

- La vertébrale ;
- La mammaire interne ;
- Le tronc cervico-intercostal qui donne deux branches : la cervicale profonde et l'intercostale supérieure ;
- Le tronc thyro-bicervico-scapulaire qui se divise en quatre branches : la thyroïdienne inférieure, la cervicale ascendante, la cervicale transverse et la scapulaire supérieure ;
- Le scapulaire postérieur ;
- L'artère scalénique.

- **Les veines :**

La veine sous-clavière (tronc veineux volumineux) forme avec la veine jugulaire interne le tronc veineux brachio-céphalique. Les affluents de la veine sous-clavière sont représentés par les veines homologues des artères branches collatérales de la sous-clavière, par les veines jugulaires externe et postérieure et enfin par la grande veine lymphatique à droite et le canal thoracique à gauche.

- **Les éléments lymphatiques :**

Ces éléments lymphatiques sont représentés d'une part, par les deux troncs terminaux du système lymphatique (grande veine lymphatique et canal thoracique) qui viennent se terminer dans la veine sous-clavière, d'autre part par des éléments celluloganglionnaires qui comblent la plus grande partie de l'espace susclaviculaire. La nappe celluloganglionnaire sus-claviculaire :

entoure tous les éléments vasculaires et nerveux de la région, en comblant les vides situés entre les parois de la région.

Elle est constituée de tissu cellulo-adipeux et d'éléments ganglionnaires dont les plus apparents sont situés d'une part, le long de la branche externe du spinal et d'autre part, à la partie inférieure et interne de la région où ils sont en continuité directe avec les ganglions carotidiens. Les trois chaînes : carotidienne, spinale et cervicale transverse forment le triangle lymphatique de Rouvière.

1.5.2-Rapports de la région sus-claviculaire :

En bas et en dehors, elle répond au creux axillaire avec lequel elle communique au niveau de l'orifice costo-claviculaire où passent l'artère sous-clavière, la veine sous-clavière et les troncs du plexus brachial.

En bas et en dedans, elle communique avec la cavité thoracique et particulièrement en dedans avec le médiastin.

En dedans et en arrière la région sus-claviculaire est en rapport avec le rachis cervical et la région prévertébrale. L'artère prévertébrale et le sympathique cervical sont en quelque sorte « à cheval » sur les deux régions.

En dedans et en avant, elle entre très largement en communication avec la région carotidienne.

En arrière enfin sa paroi postérieure est directement au contact des muscles de la nuque.

2-ETIOPATHOGENIE :[1, 11, 16]

2.1-PORTE D'ENTREE INFECTIEUSE :

- **La carie dentaire** en est bien sûr, la cause primordiale : l'infection diffuse dans l'espace desmodontal et, soit évoluée d'un seul tenant sur un mode aigu, soit se « refroidit » pour aboutir au granulome et au kyste péri apical, qui peuvent se « réchauffer » à tout moment et ramener au cas précédent.

- **Les traumatismes dentaires** aboutissent au même résultat, parfois après une simple contusion, à bas bruit : si bien que les patients ne se souviennent plus forcément du traumatisme initial.

- Infection parodontale :

C'est la deuxième cause d'accidents infectieux aigus :

. La parodontolyse détruit directement l'espace desmodontal et à terme, mortifie la pulpe dentaire « à rétro » ;

. Le péri coronarites d'éruption et de désinclusion, en particulier de la troisième molaire, inférieure le plus souvent, peuvent être la porte d'entrée de complications infectieuses souvent très bruyantes.

- Gestes thérapeutiques :

Ils sont moins fréquemment en cause, la relation de cause à effet est évidente après une dentisterie restauratrice, notamment au décours ou à distance de gestes proches de la pulpe, d'obturations canalaires, après chirurgie parodontale, et après avulsions de dents infectées.

- **Infection à point de départ oropharyngé** : phlegmon péri amygdalien, les adénophlegmon rétropharyngé.

La propagation de l'infection se fait le long des gaines aponévrotiques du cou par contiguïté. Elles peuvent s'étendre aux gaines viscérales médiastinales.

- **Les portes d'entrées cutanées** sont l'expression des complications des furoncles, des anthrax consécutives généralement aux rasages.

2.2-GERMES EN CAUSE :

Ils proviennent de la flore buccale endogène, La diversité de cette flore rend compte du nombre d'agents pathogènes responsables ; ils peuvent s'associer, par exemple beaucoup d'infections à bacilles à gram négatif font intervenir également des cocci à gram positif et à gram négatif. L'association spirochètes-fusobactéries est bien connue et redoutable.

Flore buccale endogène :

Bactéries à Gram +

Cocci aérobies anaérobies facultatif

- Streptocoques alpha hémolytiques. + + + +
- Streptocoques bêta hémolytiques. +
- Streptocoque non hémolytiques + + +
- Staphylocoques + + +
- cocci anaérobies + + +

Bacilles aérobies anaérobies facultatifs :

- actinomyces + + +
- lactobacilles + + +
- Diphtéroïdes + + + +

Bactéries à Gram –

- cocci aérobies anaérobies facultatifs : + + +

- cocci anaérobies + + + +
- Bacilles aérobies bacilles facultatifs +

Bacilles anaérobies :

- Bacteriodes + + +
- prevotella, porphyremonas sp. + + +
- Fusobacterium sp. + + +

Spirochètes + + +

Levures + +

2.3-AFFAIBLISSEMENT DES DEFENSES DE L'HOTE :

Il joue un rôle essentiel en le désarmant contre les infections banales qui dès lors s'exacerbent. Toutes les pathologies entraînant un déficit immunitaire vont favoriser l'apparition ou le développement d'une cellulite cervicale.

Le nombre de ces pathologies étant trop important, nous nous limiterons à celles rencontrées le plus fréquemment.

- Le diabète:

Les modifications micro-circulatoires induites par le diabète vont réduire le flux sanguin et la mobilisation des granulocytes. De plus, l'hyperglycémie chronique réduit la fonction phagocytaire des polymorphonucléaires.

Les patients diabétiques sont donc plus sujets au développement d'une infection et les processus de cicatrisation seront plus lents, surtout si le diabète est mal équilibré.

- La toxicomanie:

Elle est définie comme un état d'intoxication résultant de la prise répétée de substances toxiques créant un état de dépendance psychique et physique à l'égard des effets induits de ces substances.

On peut distinguer: la toxicomanie par voie intraveineuse, l'alcoolisme et le tabagisme.

- l'injection intraveineuse de cocaïne, de marijuana, de benzodiazépines ou de barbituriques va conduire à une immunodépression en réduisant la maturation des monocytes et en réduisant le nombre de lymphocytes.
- l'alcoolisme va également être à l'origine d'une diminution des défenses immunitaires en entraînant un défaut de fonctionnement des polynucléaires neutrophiles et une déficience du complément.
- le tabagisme, quant à lui, est responsable d'une baisse du nombre et de l'activité des lymphocytes T, d'une diminution de la production d'anticorps IgA sécrétoires et IgG du sérum, ainsi que d'une inhibition de la fonction des neutrophiles en ce qui concerne le chimiotactisme et la phagocytose.

De plus, les effets vasoconstricteurs de la nicotine vont perturber la cicatrisation tissulaire. Les toxicomanes ont donc une sensibilité accrue aux infections.

-L' infection par le VIH :

L'infection à VIH entraîne un déficit progressif de l'immunité cellulaire, les patients séropositifs ont une susceptibilité accrue aux infections opportunistes.

De plus, il a été montré que les personnes séropositives présentaient des infections plus sévères.

-Les traitements médicamenteux :

Certains médicaments administrés pour des pathologies générales ou certains traitements institués lors de l'apparition d'une cellulite peuvent aggraver le processus de diffusion d'une cellulite cervico-faciale.

▪ L'antibiothérapie:

Elle peut en effet favoriser la diffusion de l'infection lorsqu'elle est absente ou lorsqu'elle est inadaptée :

soit parce que l'antibiotique administré est bactériostatique et non bactéricide, soit parce que le spectre de l'antibiotique n'inclut pas l'ensemble des germes retrouvés dans cette pathologie.

De plus, l'antibiothérapie est parfois insuffisante:

soit parce qu'elle est instituée trop tardivement, soit parce que la posologie prescrite est insuffisante, soit parce que la durée du traitement est insuffisante.

▪ Les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

Les AINS inhibent certaines fonctions des polynucléaires neutrophiles (PNN), comme l'adhérence, le chimiotactisme, l'agrégation cellulaire, la phagocytose et la libération d'anions superoxydés et de radicaux libres.

Une autre propriété des AINS est la diminution de la synthèse des prostaglandines et l'augmentation des molécules d'adhésion, ICAM1 (intracellulaire adhésion molécule) ; molécule qui va entraîner l'adhésion des

globules rouges aux vaisseaux conduisant à une véritable obstruction capillaire, ce qui favoriserait l'ischémie au tour du site de l'inflammation.

Ils favoriseraient donc en effet la diffusion de l'infection si leur prise n'est pas associée à une antibiothérapie efficace.

-Autres facteurs :

- **La grossesse:**

Bien qu'il s'agisse d'un état physiologique, les modifications observées durant cette période peuvent favoriser le processus infectieux. On observe:

.une perturbation hormonale qui entraîne une dépression immunitaire,

.une diminution du pH buccal favorisant l'action cariogène et le développement des germes anaérobies. De plus, la prescription d'antibiotiques chez la femme enceinte n'est pas recommandée du fait du risque tératogène pour l'enfant.

- **La malnutrition:**

Une déficience nutritionnelle inhibe la formation des leucocytes, des anticorps, des fibroblastes et du collagène. Ces patients sont donc immunodéprimés et ont un risque de développer des infections.

- **La mauvaise hygiène buccodentaire :**

Certains patients ne se brossent pas les dents ou utilisent une méthode de brossage inadaptée. Ces personnes ne se soucient pas de leur santé dentaire et présentent le plus souvent un état buccodentaire déplorable, propice à l'apparition et au développement rapide de phénomènes infectieux.

2.4-PROPAGATION DE L'INFECTION :

La cellulite cervicale quelque soit l'origine est une infection poly microbienne des tissus cellulo-adipeux remplissant les loges qui jouxtent la mandibule et le maxillaire.

Bien que des portes d'entrées pharyngées, et cutanées aient été rapportées dans la littérature, les voies de pénétration infectieuse sont principalement dentaires et parodontales. Des auteurs évoquent la nécrose pulpaire (d'origine carieuse ou traumatique), l'infection parodontale (principalement les péricoronarites des troisièmes molaires mandibulaires) mais également des lésions endo-parodontales. Les dents les plus souvent mises en cause dans les cellulites aiguës diffuses sont les dents postérieures mandibulaires.

A partir de l'espace desmodontal, l'infection traverse l'os, décolle le périoste, puis le rompt et colonise les parties molles péri-osseuses qui sont constituées par un tissu cellulo-adipeux remplissant les espaces délimités par les zones d'insertion musculo-aponévrotiques des tables osseuses médiale et latérale. Parallèlement, il peut exister une propagation par voie veineuse et lymphatique dépassant les barrières anatomiques locales. A la mandibule, les deux dernières molaires ont leurs apex situés contre la table osseuse médiale et au dessous de la ligne d'insertion du muscle mylohyoïdien. Ainsi, les infections qui en sont issues peuvent ensemençer directement la région Cervicale.

En effet, les loges communiquent d'abord entre elles, notamment par l'intermédiaire de l'espace para-amygdalien, puis avec les grands espaces anatomiques de décollement qui s'étendent de la base du crâne jusqu'au médiastin.

L'atteinte médiastinale est le résultat d'une « coulée de cellulite » le long des aponévroses cervicales à travers les trois principaux espaces anatomiques que sont l'espace rétroviscéral (ou rétropharyngé), la gouttière vasculaire et l'espace prétrachéal. Les germes responsables sont issus de la flore buccale endogène. En général, les anaérobies stricts sont majoritairement présents avec « 4

mousquetaires » que sont *Prevotella*, *Porphyromonas gingivalis*, *Fusobacterium* et les cocci anaérobies à Gram +, Ils sont très fréquemment associés à des streptocoques. Les bacilles à Gram - sont rares. Les streptocoques pyogènes libèrent des streptodornases, streptokinases et hyaluronidases qui favorisent la progression bactérienne dans les tissus, alors que les streptolysines O et S cytotoxiques sont responsables de la nécrose tissulaire. La prolifération des germes anaérobies peut de plus, être aggravée par d'autres facteurs tels qu'un œdème, une thrombose veineuse et /ou artérielle qui majorent les conditions d'anaérobiose.

3-ETUDE CLINIQUE : [6, 9,12, 16, 18,42]

3.1-TYPE DE DESCRIPTION : Cellulite Cervicale Diffuse phlegmoneuse.

3.1-Circonstances de survenues :

généralement au décours d'une odontalgie ou une odynophagie fébrile.

3.1.2-Signes Fonctionnels : sont dominés par les tuméfactions cervicales douloureuses, souvent diffuses, accompagnées ou non de dysphagie.

La dyspnée survient à un stade tardif, liée à une infiltration œdémateuse de la base de langue et de la filière laryngée.

3.1.3-Signes Généraux : fièvre supérieure à 38,5°C mais inconstante associée le plus souvent à une altération de l'état général.

3.1.4-L'examen physique :

A L'Inspection : nous pouvons noter une tuméfaction inflammatoire cervical, uni- ou bilatéral, tendue, rouge, de la mastoïde au creux sus-claviculaire, effaçant progressivement les reliefs du cou. Une rougeur pré sternale (érythème diffusant au dessous de la fourchette sternale) est constatée une fois sur quatre lors du tableau initial, elle est très fortement prédictive d'une atteinte médiastinale.

Les signes respiratoires : présents dans un tiers des cas témoignent d'un œdème laryngé réactionnel voir d'une diffusion de l'infection aux loges du larynx, pouvant conduire à une détresse respiratoire.

La palpation : retrouve un empâtement cervical prenant le godet au stade séreux. La peau en regard devient fluctuante à la palpation au stade suppuré.

Un torticolis véritable est rare, traduisant une atteinte de l'espace prévertébrale.

L'examen de la cavité buccale, difficile par le trismus, retrouve une inflammation gingivale comblant le cul-de-sac vestibulaire, avec éventuellement du pus au collet de la dent.

3.1.5-Évolution : en l'absence de traitement, elle peut se faire vers la fistulisation spontanée à la peau ou à la muqueuse, ou vers la médiastinite ou un choc septique.

3.1.6-Examens Complémentaires :

❖ Biologie :

-Numération formule sanguine : pour le dépistage d'un processus infectieux (hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, une lymphopénie, une anémie inflammatoire).

-Protéine C Réactive : à la recherche d'un syndrome inflammatoire.

-Hémoculture : permet l'identification des germes responsables et pouvoir éventuellement réaliser un antibiogramme.

-Prélèvement du pus : pour l'examen bactériologique, afin d'identifier les germes et réaliser l'antibiogramme.

❖ Imagerie :

-Radiographie du thorax :

Peu contributive, elle peut objectiver un élargissement du médiastin, pneumomédiastin, un épanchement pleural.

-Le scanner cervicothoracique :

Demandé en urgence, c'est l'examen de référence pour déterminer la topographie des lésions, il confirme le diagnostic au niveau cervical, précise l'union, la bilatéralité de l'atteinte et évalue l'atteinte médiastinale. Il ne doit cependant pas différer l'acte chirurgical dans ce type d'infection dont l'évolution est souvent fulminante.

La répétition du scanner est également utile pour la surveillance après la chirurgie de débridement. En l'absence d'amélioration clinique franche, la surveillance scanographique oriente le geste de reprise chirurgicale en mettant en évidence des loges non drainées, une extension au médiastin ou à un espace anatomique cervical ignoré ou non contrôlé par les pansements quotidiens.

-Radiographie panoramique dentaire :

C'est le cliché standard pour étudier les dents et les structures osseuses au contact des dents.

-Denta-scann ou scanner dentaire :

qui permet d'étudier un apex dentaire à la recherche d'un foyer infectieux, ou encore d'étudier les rapports du canal dentaire (siège du nerf dentaire) avec les racines de la dent.

3.2-Autres Formes Cliniques :

3.2.1-La forme gangréneuse :

Il s'agit d'une forme particulière de cellulite à germes anaérobies entraînant une production de gaz et une nécrose tissulaire extensive.

L'installation de celle-ci se fait secondairement au développement d'un abcès « banal ». Il s'agit initialement d'une cellulite circonscrite classique qui évolue vers la suppuration. Les signes de collection s'installent en l'absence ou malgré une antibiothérapie. Si cet abcès n'est pas ou est mal drainé (traitement causal insuffisant) ce qui va alors favoriser son extension.

L'examen clinique est primordial et la palpation va être caractérisée par un « Crépitement neigeux », due au phénomène gazeux.

Les signes généraux associés sont nombreux et sont aggravés avec une fièvre consécutive (39°C à 40°C), une pâleur et une asthénie très marquée.

3.2.2-Forme compliquée : la médiastinite.

L'atteinte médiastinale doit être suspectée s'il existe une douleur thoracique asphyxiante ou encore un érythème, une crépitation présternale, une toux grasse associée à une dyspnée à type orthopnée. La corrélation anatomoclinique est médiocre en cas d'extension médiastinale puisque qu'elle met en jeu le pronostic vital. La suspicion de médiastinite impose la réalisation en urgence d'un scanner cervicothoracique.

3.3-TRAITEMENT : [20,22]

3.3.1-Conditionnement pré chirurgical :

❖ Réanimation :

La prise en charge réanimatoire du patient fait partie intégrante du traitement initial des cellulites cervico-faciales, au même titre que le traitement chirurgical. Un monitoring standard est utilisé. Les cathéters centraux sont souvent nécessaires à la phase initiale. Les cathéters veineux sont préférentiellement placés en territoire fémoral dans la mesure où l'accès aux veines jugulaires est impossible et l'accès aux veines sous-clavières déconseillé du fait de la proximité du foyer infectieux.

L'antibiothérapie parentérale est débutée immédiatement après les prélèvements bactériologiques (hémocultures, prélèvements du pus). Elle est initialement probabiliste, active sur les germes suspectés (streptocoques, notamment du groupe A et F, du groupe milleri et anaérobies type prevotella sp. et peptostreptococcus), double, bactéricide, synergique, à bonne diffusion tissulaire : amoxicilline-acide clavulanique en raison de sa bonne efficacité sur les souches anaérobies ou association d'une bêtalactamine de type céphalosporine de troisième génération (ceftriaxone ou céfotaxime - imidazolé). En cas d'allergie aux bêtalactamines, il est recommandé d'utiliser la clindamycine.

La durée de l'antibiothérapie varie selon la gravité de l'infection initiale et surtout l'évolution du patient : d'un minimum de 15 jours jusqu'à plusieurs semaines.

Concernant la sédation du patient, celle-ci est maintenue depuis l'intervention chirurgicale initiale par l'association d'une benzodiazépine et d'un morphinique. Cette sédation est profonde tant que des pansements chirurgicaux pluriquotidiens sont nécessaires. Elle prévient par ailleurs les risques d'extubation accidentelle des patients, dont les conséquences peuvent être

redoutables en raison de l'oedème locorégional majeur qui crée des conditions de réintubation difficiles.

La réanimation comprend la prévention et le traitement de l'ensemble des complications de décubitus : escarres aux points d'appui, infection urinaire, pneumopathie acquise sous ventilation mécanique. Concernant la prévention des maladies veineuses thromboemboliques, dont le risque est majoré au niveau cervical en raison de l'état septique local, une anti coagulation par héparine non fractionnée intraveineuse à la seringue électrique est réalisée initialement à doses efficaces, puis après contrôle infectieux local baissée à dose isocoagulante, avec relais ultérieur par héparine de bas poids moléculaire en injection sous-cutanée. L'apparition d'une thrombose de veine jugulaire interne nécessite la poursuite d'une anticoagulation efficace pour une durée de trois mois.

La coordination des équipes chirurgicales et de réanimation est essentielle pour la réévaluation régulière des patients et optimiser la stratégie de drainage.

L'allègement de la sédation peut être envisagé quand le contrôle local est acquis, après fermeture cutanée.

Le patient peut être réveillé avec passage en ventilation spontanée.

L'alimentation par voie entérale est privilégiée avec une sonde nasogastrique.

Une fois extubé, la reprise de l'alimentation est débutée en réanimation, puis élargie rapidement à un régime semi-liquide en l'absence de fausses routes, avec ablation de la sonde nasogastrique.

Le patient peut alors être transféré dans le service d'ORL pour suite de la prise en charge.

3.3.2-Technique chirurgicale :

La voie d'abord doit permettre l'accès à toutes les loges anatomiques atteintes. Une cartographie précise de l'infection est donc établie à partir du scanner.

Le patient est installé en décubitus dorsal, avec hyper extension cervicale obtenue par un billot positionné sous les épaules.

En cas de cellulite d'origine dentaire et d'atteinte limitée au plancher buccal ou para mandibulaire, un drainage exclusif par voie endobuccale peut être envisagé (décollement sous-périosté de la table externe et/ou interne de la mandibule).

La cervicotomie unilatérale (incision en « L » de Paul-André), qui suit le bord antérieur du muscle sternocléidomastoïdien, peut suffire à aborder l'ensemble des régions concernées, sous réserve que l'infection soit nettement latéralisée, sans emphysème sous-cutané associé.

Elle permet un abord transcervical du médiastin antérieur et du médiastin postérieur par décollement respectivement prétrachéal ou rétro-oesophagien.

La cervicotomie bi mastoïdienne en U, descendant à deux travers de doigt au dessus de la fourchette sternale sur la ligne médiane, est réservée aux 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 donc l'abord de choix, au prix d'une rançon cicatricielle non négligeable.

L'incision cutanée concerne également le muscle peaucier, ce qui favorise la vitalité du lambeau supérieur. La veine jugulaire externe doit le plus souvent être ligaturée pour pouvoir poursuivre la dissection plus profondément. Les espaces les plus souvent abordés sont :

- les espaces carotidiens et latéro-cervicaux : accessibles après dissection du bord antérieur du muscle sternocléidomastoïdien, avec ouverture des gaines jugulocarotidiennes sur toute leur hauteur. Leur ouverture est systématique ;
- les espaces sous-mento-sous-maxillaires : loges souvent atteintes en cas d'infection dentaire ;

- l'espace masticateur : accessible après ouverture de l'espace sous-maxillaire, en longeant la face profonde de la glande ;
- les espaces rétropharyngé et viscéral : accessibles en passant entre l'axe jugulocarotidien et le lobe thyroïdien, après avoir récliné celui-ci vers l'avant et le dedans. On longe la paroi oesophagienne en bas, le plan des muscles constricteurs du pharynx en haut, la dissection se poursuivant au doigt, pouvant remonter jusqu'à l'oropharynx en haut et descendre jusqu'à hauteur du défilé cervicothoracique.

L'axe viscéral antérieur est atteint en passant sous les muscles sous-hyoïdiens en avant de la glande thyroïde.

Dans certaines situations, on pourra également débrider l'espace parotidien, le médiastin antérieur ou encore le médiastin postérieur.

Les voies d'abord transthoraciques (sternotomie, thoracotomie) ne sont envisagées qu'en cas d'atteinte médiastinale dépassant le niveau de la crosse de l'aorte ou de la carène. L'alternative consistant à poser des drains percutanés ne semble pas aussi efficace notamment en cas de forme gangréneuse. L'identification du ou des germes pathogènes responsables de la cellulite est indispensable, quoique les résistances bactériennes soient en fait rares dans ce type de situation. Le prélèvement le plus fiable est per opératoire. Ce prélèvement doit permettre d'identifier des germes aérobies et anaérobies. Aussi le prélèvement de pus aspiré après ouverture d'une collection doit-il être mis dans un milieu réducteur, permettant la conservation des germes jusqu'à leur acheminement sans délai et leur ensemencement dans le laboratoire de bactériologie (Portagerm® ou écouvillons rentrant dans une gélose hermétique à l'oxygène).

Un prélèvement anatomopathologique est également systématiquement réalisé pour éliminer une éventuelle pathologie tumorale, notamment chez le sujet alcoolotabagique, se révélant sous la forme d'une poussée infectieuse (cellulite carcinomateuse).

L'excision des tissus nécrotiques est indispensable pour contrôler le processus infectieux. En effet, ces tissus dévascularisés n'ont aucun potentiel de régénération et constituent un foyer de développement bactérien.

L'excision doit donc être menée jusqu'en tissu sain. Elle peut intéresser les tissus :

- musculaires : peaucier, sternocléidomastoïdien, soushyoïdiens;
 - glandulaires : glande sous-maxillaire, parotide, voire thyroïde
 - vasculaires : notamment les veines thrombosées (jugulaire externe, branches du tronc veineux thyro-linguofacial de Farabeuf, voire jugulaire interne).
- Certaines cellulites peuvent bénéficier d'un traitement étiologique. Citons par exemple : l'avulsion dentaire en cas de cellulite dentaire, l'amygdalectomie en cas de phlegmon périamygdalien, l'ablation de la glande sous-mandibulaire en cas de sous-maxillite, etc.

Toutes les loges anatomiques décollées sont lavées, voire frictionnées, ce qui permet la détersion des bactéries résiduelles et des débris nécrotiques.

Une fermeture étanche de la cervicotomie dans le cadre de l'urgence, même sur des drains de redon aspiratifs, est proscrite. Le principe est de laisser la cervicotomie ouverte (ou avec une fermeture limitée à quelques points de rapprochement) pour permettre un drainage spontané et déclive, via des guides placés judicieusement dans l'ensemble des espaces décollés. Différents dispositifs sont utilisés : lames souples en silicone de Delbet, drains tubulés multiperforés, lames multitubulées, drains de redon. Pour les régions déclives (médiastin notamment), on préfère les drains tubulés qui permettent de réaliser des irrigations dirigées.

Le lambeau cervical est ensuite laissé libre, rabattu sur des champs imbibés de bétadine dermique, en attendant le prochain pansement. Un pansement de type « tour de cou » est réalisé, non compressif afin d'éviter la constitution de thromboses veineuses secondaires. Le patient quitte alors le bloc opératoire intubé, sédaté puis transféré dans le service de réanimation.

Les pansements chirurgicaux sont ensuite réalisés en réanimation trois fois par jour, dont une fois par un chirurgien ORL (les deux autres fois par l'infirmière de réanimation), sur un patient intubé et sédaté dans des conditions stériles. Le but est de maintenir l'effet de la détersion initiale par un brossage énergique et par des lavages. Le lambeau cervical supérieur bénéficie de massages pour préserver sa souplesse et éviter sa rétraction. L'espacement des pansements est décidé en cas d'amélioration locale et de contrôle général du syndrome infectieux, c'est-à-dire après un délai variable de quelques jours à quelques semaines. Lorsque les espaces aponévrotiques sont indemnes de tissu infecté ou nécrosé après plusieurs pansements propres, la cervicotomie est refermée sur lames. Le patient est extubé après vérification de la déglutition.

En cas d'évolution défavorable malgré ces soins répétés (nécrose extensive, syndrome septique persistant), une nouvelle tomodensitométrie cervicothoracique avec injection est réalisée pour rechercher des zones de collections résiduelles et l'extension éventuelle de la cellulite. Dans ces cas, on préfère réaliser une exploration chirurgicale plus complète au bloc opératoire.

Une trachéotomie est parfois réalisée secondairement pour diverses raisons (par exemple, persistance d'un œdème pharyngolaryngé important malgré un contrôle du sepsis, orostome ne cicatrisant pas à proximité de la sonde d'intubation orotrachéale, trismus majeur rendant difficile une réintubation en urgence). Le cas le plus fréquent concerne les patients présentant des difficultés de sevrage ventilatoire. La trachéotomie permet alors de lever la sédation et de verticaliser le patient.

3.3.3-Rééducation :

Une rééducation est débutée en réanimation puis poursuivie en soins de suite voire à domicile.

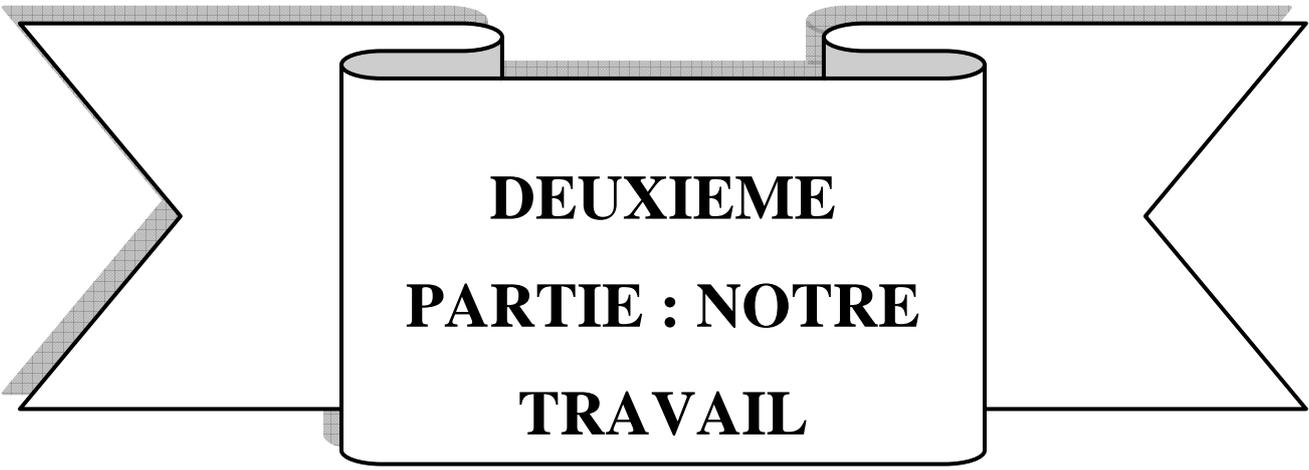
Elle comprend plusieurs volets, dont l'importance varie en fonction des séquelles des patients, qu'elles soient liées à une réanimation prolongée ou aux interventions chirurgicales itératives.

La rééducation orthophonique s'attache à :

- Améliorer les troubles de déglutition et cela, aux différents étages mis en jeu : travail sur la propulsion linguale (diminuée en cas d'atteinte du nerf XII), travail sur la phase pharyngée (exercices de renforcement).
- Corriger les dysphonies (secondaires à une atteinte du nerf X ou du récurrent).

La kinésithérapie est mobilisatrice pour :

- Corriger l'amyotrophie ou les raideurs articulaires inhérentes.
- Respiratoire : drainage bronchique en cas d'encombrement bronchique ou de pneumopathie.
- Temporomandibulaire : en cas de trismus résiduel (notamment en cas de porte d'entrée dentaire), apprentissage des exercices de récupération d'amplitude articulaire.



**DEUXIEME
PARTIE : NOTRE
TRAVAIL**

Rapport-gratuit.com 
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

CADRE, MATRIELS ET METHODE

CADRE D'ETUDE

1. Cadre d'étude :

L'étude a été réalisée dans le service d'Otorhinolaryngologie et de chirurgie cervico-faciale du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré de Bamako au Mali.

1.1. Présentation du centre hospitalier universitaire Gabriel TOURE :

✓ Historique :

Il est connu par le passé sous le nom de Dispensaire Central de Bamako, l'Hôpital Gabriel TOURE est l'un des plus grands centres hospitaliers de Bamako. IL dispose actuellement 447 lits et emploie 763 agents, toutes catégories confondues dont 181 contractuels.

Baptisé Gabriel TOURE le 17 janvier 1959, à la mémoire d'un jeune soudanais. Etudiant en médecine décédé le 12 juin 1934 par suite de contamination lors d'une épidémie de peste. IL faisait partie de la jeune génération des premiers Médecins africains.

✓ Situation géographique :

Située en commune III du district de Bamako, le CHU Gabriel TOURE couvre une superficie de 3 hectares 28ares 54centiares. Il est limité à l'Est par le quartier de Médina-coura, à l'Ouest par l'école nationale d'inférieurs Abderhamane Baba TOURE, au sud par la cité des chemins de fer et au Nord par l'Etat Major Général des armées et L'escadron des réserves Ministérielles.

✓ Son infrastructure : comporte :

Une direction

Un bureau des entrées avec les différents boxes de consultations externes.

Un département de Médecine regroupant les services de Gastro-entérologie, de neurologie, de cardiologie et de diabétologie,

Un département de Pédiatrie avec les services de Pédiatrie générale de néonatalogie, et d'oncologie.

Un département des services médico-techniques regroupant le laboratoire d'analyses médicales et la pharmacie.

Un département d'imagerie Médicale constituée de scanner, l'échographie, radiographie conventionnelle

Un département de Chirurgie :

Chirurgie générale,

Chirurgie Pédiatrique,

Oto-rhino-laryngologie et Chirurgie cervico-faciale

Traumatologie –orthopédie,

Neurochirurgie,

Urologie,

Médecine physique (Kinésithérapie).

Un département d'Anesthésie –Réanimation et de Médecine d'urgence :

Anesthésie Réanimation adulte,

Service d'Accueil des Urgences.

Un département de Gynécologie –obstétrique : Gynécologie et obstétrique

Les services tels que la maintenance et le service social sont placés en staff au niveau de la direction. L'Unité d'hygiène et assainissement et la Buanderie sont rattachées à la surveillance générale, la morgue à la direction médicale et la cuisine à la direction administrative. Chaque département est dirigé par un chef de département.

Présentation du service ORL et CCF :

✓ Ressources humaines :

Le service ORL est un service médico-chirurgical dirigé par un enseignant de rang A, assisté par deux autres professeurs, trois maîtres assistants et un chirurgien militaire.

Le service dispose :

Deux Internes des hôpitaux et 11 médecins inscrits en DES.

Huit assistants médicaux spécialistes en ORL.

Trois techniciens supérieurs de santé.

Un secrétaire de direction

Quatre techniciens de surface

Un aide soignant.

Des étudiants en thèse de la faculté de Médecine et d'odontostomatologie (FMOS) de Bamako.

✓ Le service comprend en infrastructure :

-Une unité de consultation avec

 Trois boxes de consultations

 Une unité d'exploration fonctionnelle (audio-impédancemétrie).

-Une unité d'hospitalisation : Huit salles dont deux salles VIP d'hospitalisation avec une capacité totale de 28 lits.

 Une salle de garde des internes et CES.

 Une salle de garde des techniciens de santé.

 Une salle de garde pour les techniciens de surface

 Trois blocs opératoires non encore fonctionnels et une salle stérilisation

 Un bureau pour le chef de Service

 Un bureau pour le chef d'unité d'hospitalisation

 Quatre bureaux pour médecins

 Une salle de réunion/formation

 Des toilettes pour malades et pour le personnel

MATERIELS ET METHODE

1. TYPE de l'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant porté sur l'analyse des dossiers d'hospitalisation.

2. Période de l'étude :

Les dossiers ont été colligés sur une période de 36 mois (Septembre 2011 à Août 2014).

3. Population d'étude :

La sélection s'est effectuée sur l'étude des dossiers. Etaient inclus dans cette étude, dossiers des patients atteints d'une cellulite cervicale diffuse avec ou sans extension médiastinale.

4. Taille de l'échantillon :

Sur la période d'étude 148 dossiers ont été exploitables.

5. Critères d'inclusion :

- Dossiers des patients de tout âge et sexe admis dans le service et présentant une cellulite cervicale avec ou sans médiastinite. Pour chaque dossier les items suivants ont été colligés :
- Données sociodémographiques (âge, sexe, profession, résidence, statut matrimonial).
- Facteurs favorisants
- Données cliniques
- Le profil microbiologique
- Données paracliniques
- Le type de traitement
- L'évolution sous traitement

7. Critères de non inclusion :

- les dossiers des patients dont l'extension était limitée à la face.
- Les dossiers d'hospitalisation incomplets soit environ 31 cas.

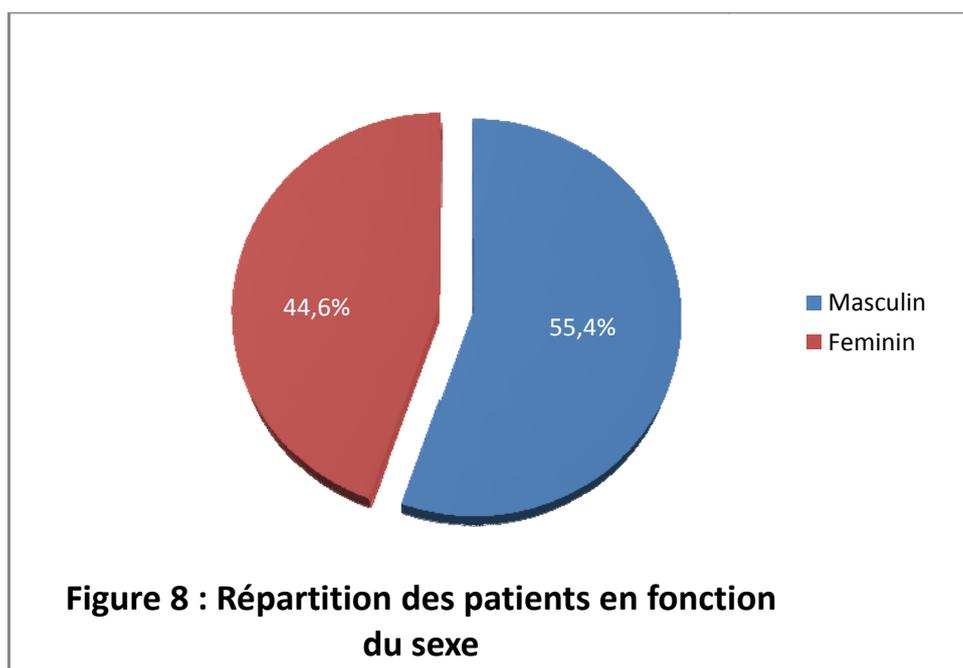
8. Saisie des données :

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête (annexe) remplie par l'enquêteur à l'aide des dossiers des patients hospitalisés.

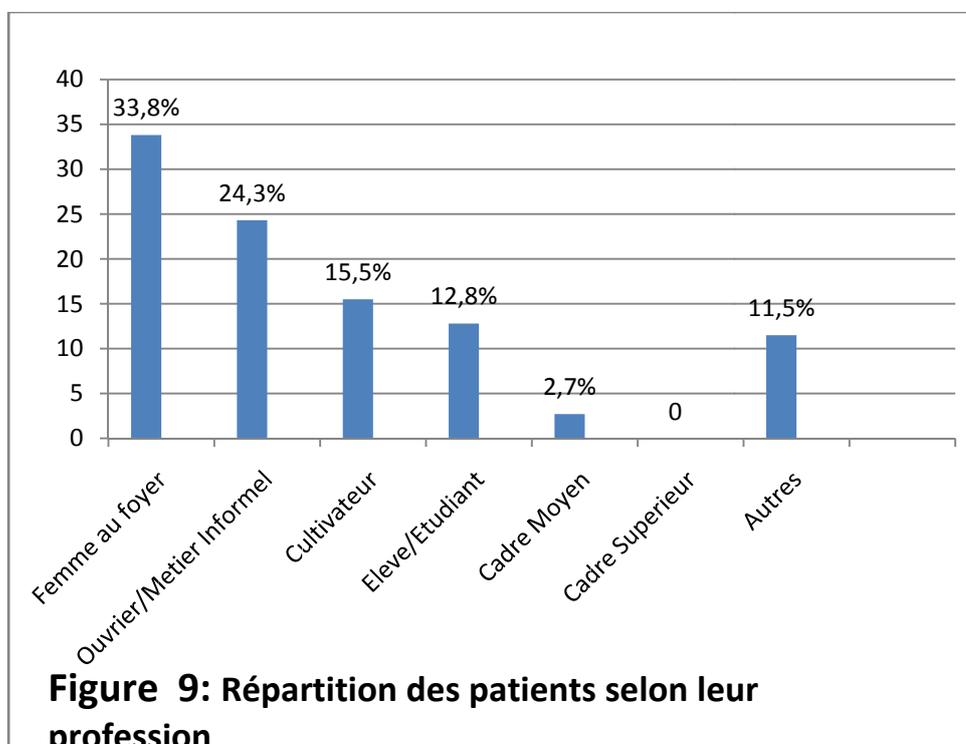
Ces données ont été analysées sur SPSS 19.0 version française et la saisie des données sur Word 2007.

RESULTATS

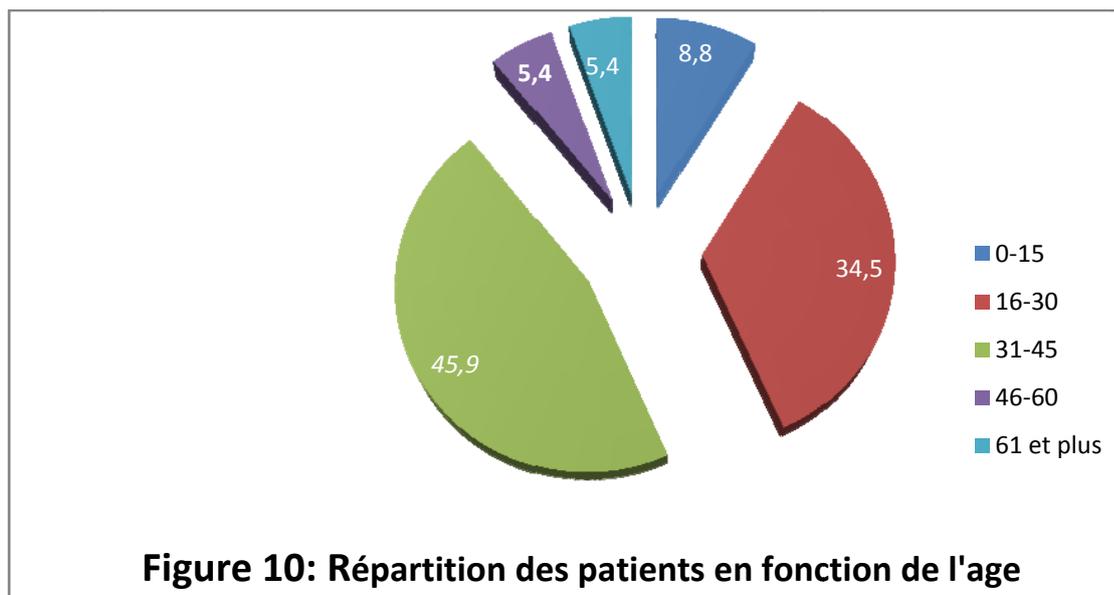
1- Données sociodémographiques :



Une prédominance du sexe masculin a été constatée dans **55,4% des cas**.
Le sex- ratio était de **1,24**.

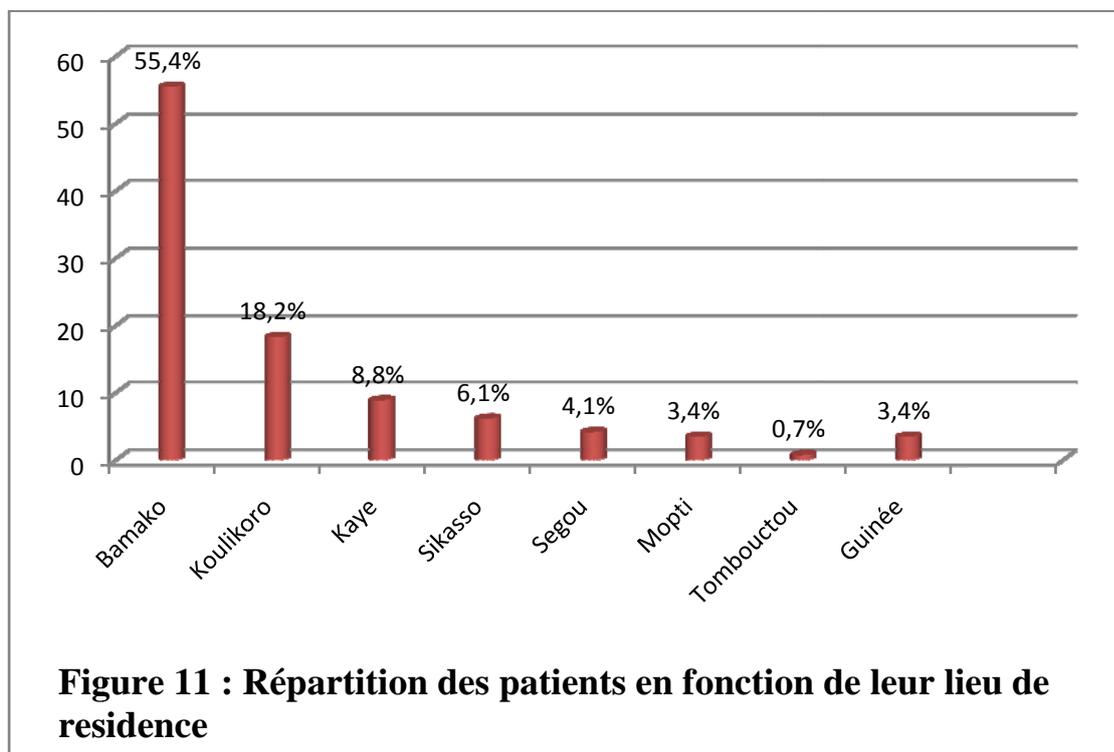


Les femmes aux foyers et les ouvriers ont représenté respectivement **33,8% et 24,3%** de l'effectif.



Les tranches d'âge les plus atteintes étaient celles de moins de 46 ans : soit **89,2 %**.

L'âge moyen était de 38 ans avec des extrêmes de **3 ans et 79 ans**.



La majorité de nos patients provenait de la ville de Bamako soit **55,4%** de l'effectif.

2- Données cliniques :

Tableau 1 : Répartition des patients selon le délai mis à demander des soins orl.

Délai avant Consultation ORL	Effectifs	Pourcentage
< 1 jour	0	0,0
2-7 jours	45	30,4
8-15 jours	79	53,3
15 plus jours	24	16,2
Total	148	100

Nos patients ont demandé des soins ORL au delà d'une semaine dans **53,3 % cas.**

Tableau 2 : Répartition des patients en fonction des facteurs de risques

Facteurs De Risques	Effectifs	Pourcentage
Angine à répétition	12	8,1
Diabète	8	5,4
Infection au VIH	7	4,7
Prise AINS	51	34,5
Extraction dentaire	5	3,3
Mauvais état bucco-dentaire	58	39,2
Grossesse	7	4,7
Total	148	100

Le mauvais état bucco-dentaire et la prise AINS ont été retrouvés respectivement comme facteurs de risques à **37,8% et 34,5%**.

Tableau 3 : Répartition des patients en fonction du motif de consultation

Signes Fonctionnels	Effectifs	Pourcentage
Douleur cervicale plus Tuméfaction cervicale	131	88,5
Dysphagie	13	8,8
Dyspnée, toux	4	2,7
Total	148	100

La douleur associée à la tuméfaction cervicale a été le motif de consultation chez **88,5 %** de nos patients.

Tableau 4 : Répartition des patients selon la forme clinique

Tableau Clinique	Effectifs	Pourcentage
gazeuse	53	35,8
phlegmoneuse	95	64,2
Total	148	100

La forme phlegmoneuse dominait le tableau clinique dans **64,2 % des cas**.

Tableau 5 : Répartition de l'effectif selon le nombre de région cervicale atteinte.

Région Cervicale Atteinte	Effectifs	Pourcentage
Une Région	10	6,8
Deux Régions	3	2,0
Plus de deux Régions	135	91,2
Total	148	100

Plus de deux régions étaient atteintes dans **91,2 %** des cas.

Tableau 6 : Répartition des patients selon la porte d'entrée

Porte d'entrée	Effectifs	Pourcentage
Carie et Pyorrhée Alvéolo-dentaires	117	79,1
Pharyngée	27	18,2
Cutanée	1	0,7
Inconnue	3	2,0
Total	148	100

Les caries et pyorrhées alvéolo-dentaires ont été retrouvées comme principales portes d'entrées dans **79,1%**.

Tableau 7 : Répartition de l'effectif des patients en fonction des groupes de dents.

Groupes de Dents	Effectifs	Pourcentage
Prémolaires Supérieures	0	0,0
Molaires Supérieures	3	2,6
Prémolaires Inférieures	22	18,8
Molaires Inférieures	85	72,6
Autres	7	6,0
Total	117	100

Les molaires inférieures ont été responsables dans 85 cas soit **72,6 %** des cas.

Tableau 7 : Répartition de l'effectif des patients en fonction des signes en faveur des complications vers la médiastinite et ou Sepsis sévère.

Signes en Faveur de Complication	Effectifs	Pourcentage
Dyspnée et ou toux	19	21,8
Douleurs thoraciques	15	17,2
Extension de l'infiltration a la région basi cervicale ; pré sternale ou sus claviculaire	44	50,6
Altération de la conscience plus ictère	9	10,3
Total	87	100

L'extension de l'infiltration à la région basi cervicale ; pré sternale ou sus claviculaire constituait le principal signe en faveur de complication dans **50,6 %** des cas.

Tableau 8 : Répartition de l'effectif des patients en fonction des complications.

Complications	Effectifs	Pourcentage
Médiastinite	19	39,6
Sepsis Sévère	15	31,2
Orostome et /ou pharyngostome	13	27,1
Thrombophlébite de la veine jugulaire interne	1	2,1
Total	48	100

La médiastinite était la complication la plus retrouvée dans **39,6 %** des cas.

3- Données paracliniques :

Tableau 9 : Répartition de l'effectif des patients en fonction des données de la NFS à l'admission.

NFS à L'admission	Effectifs	Pourcentage
Hyperleucocytose sans anémie	57	38,5
Leucopénie	5	3,4
Hyperleucocytose associée a l'anémie et l'hyperplaquetose	86	58,1
Total	148	100

Nos patients à l'admission présentaient une Hyperleucocytose dans **97% des cas** (moyenne 16000 GB) à prédominance polynucléaire neutrophile à la Numération Formule Sanguine.

Tableau 10 : Répartition de l'effectif des patients en fonction des données de la C Protéine Réactive à l'admission

Valeurs CRP a L'admission	Effectifs	Pourcentage
CRP < 16 mg	0	0,0
CRP entre 16 et 50 mg	21	14,2
CRP entre 51 et 100 mg	93	62,8
CRP > 100 mg	34	23,0
Total	148	100

A l'admission, l'ensemble de nos patients avaient une CRP positive (valeur moyenne 102 mg/l avec des extrêmes : 16 à 384 mg/l).

Tableau 11 : Répartition de l'effectif des patients en fonction des données de la Tomodensitométrie (TDM).

Résultats de la Tomodensitométrie (TDM)	Effectifs	Pourcentage
Épaississement des parties molles cervicale avec la présence de collection se rehaussant après injection intraveineuse de produit de contraste	37	66,1
Hypodensités aériques des espaces profonds cervicaux étendus au médiastin supérieur avec ou sans épanchement pleural.	17	30,4
Hypodensité aérique des espaces aponévrotiques cervico-médiastinal avec ou sans collection étendue au médiastin inférieur.	2	3,6
Total	56	100

La tomodensitométrie effectuée dans 56 cas nous a donné des images qui orientaient vers un épaississement des parties molles cervicales avec la présence de collection se rehaussant après injection intraveineuse de produit de contraste dans 66,1 % des cas.

4- Données thérapeutiques :

Tableau 12 : Répartition de l'effectif des patients en fonction des Antibiotiques utilisés par voie intraveineuse (IV).

Les antibiotiques utilisés par Voie IV	Effectifs	Pourcentage
Amoxicilline + acide clavulanique	62	41,8
Amoxicilline + acide clavulanique +gentamicine	35	23,6
ceftriaxone+metronidazole+ciprofloxacine	43	29,1
pénicilline G	2	1,4
ceftriaxone+metronidazole +gentamicine	6	4,1
Total	148	100

Dans **65,5% des cas** l'amoxicilline + acide clavulanique était utilisé seul ou associé a la gentamicine.

Tableau 13: Répartition de l'effectif des patients en fonction des résultats de l'examen cyto bactériologique du pus (ECB).

Résultats ECB du Pus	Effectifs	Pourcentage
<i>Acinetobacter baumannii</i>	1	1,9
<i>Enterobactere cloacae</i>	1	1,9
<i>Escherichia coli</i>	4	7,5
<i>Klebsiella oxytoca</i>	1	1,9
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	6	11,3
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	1,9
<i>Raoultella planticola</i>	1	1,9
<i>Serratia marcescens</i>	2	3,8
<i>Staphylococcus aureus</i>	3	5,7
Stérile	28	52,8
<i>Streptococcus anginosus</i>	1	1,9
<i>Streptococcus du groupe B</i>	2	3,8
<i>Streptococcus pluranimalium</i>	1	1,9
<i>Streptococcus spp</i>	1	1,9
Total	53	100

Sur les **53 cas** d'examens cyto bactériologiques demandés, 28 sont stériles soit **52,8 %**.

Tableau 14 : Répartition de l'effectif en fonction des germes retrouvés.

Germes Aérobie(5)	Germes Aéro-anaérobies(17)	Germe Anaérobies facultatifs(3)
<i>Escherichia coli</i> (4)	<i>Enterobactere cloacae</i> (1)	<i>Staphylococcus aureus</i> (3)
<i>Acinetobacter Baumannii</i> (1)	<i>Klebsiella oxytoca</i> (1) <i>Klebsiella pneumoniae</i> (6) <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (1) <i>Raoultella planticola</i> (1) <i>Serratia marcescens</i> (2) <i>Streptococcus anginosus</i> (1) <i>Streptococcus groupe B</i> (2) <i>Streptococcus pluranimalium</i> (1) <i>Streptococcus spp</i> (1)	

Les germes retrouvés étaient aéro - anaérobies dans 17 cas.

Tableau 15 : Répartition de l'effectif en fonction de la sensibilité des germes selon l'antibiogramme.

Germes	Nombres de cas	Sensibilité aux Antibiotiques
<i>Acinetobacter baumannii</i>	1	Amoxi-clav ; Ciprofloxacine ; Meropenème ; Amikacine
<i>Enterobactere cloacae</i>	1	Gentamycine; Ciprofloxacine ; Ceftazidine ; Amikacine
<i>Escherichia coli</i>	4	Amoxicilline ; Amoxi-clav; Gentamycine
<i>Klebsiella oxytoca</i>	1	Amikacine; Cefoxitine; Céfuroxime; Meropenème
<i>Klebsiella pneumoniae</i> Souche multi résistant	1	Imipenème; Colistine ;
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	5	Ceftriaxone ; Gentamicine; Amikacine; Ciprofloxacine ; Imipenème;
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	Ciprofloxacine ; Fosfomycine ; Colistine; Ceftazidine
<i>Raoultella planticola</i>	1	Amoxi+clav; Imipenème; Amikacine; Cotri; Pefloxacine; Cipro;Genta
<i>Serratia marcescens</i>	2	Pipercilline-tazobactam ; Imipenème; Ceftazidine; Amikacine; Ciprofloxacine; Fosfomycine
<i>Staphylococcus aureus</i>	3	Amoxi-clav ; Gentamicine;
<i>Streptococcus anginosus</i>	1	Peni G ; Céfuroxime axétil ; Erythromine ; Cotri ; Rifampicine
<i>Streptococcus du groupe B</i>	2	Peni G ; Oxacilline ; Erythromycine ; Cotri ; Vancomycine
<i>Streptococcus pluranimalium</i>	1	Peni G ; Erythromycine, Ciprofloxacine, Cotri, Vancomycine
<i>Streptococcus spp</i>	1	Peni G ; Ampicilline ; Ciprofloxacine ; Vancomycine

La majorité des germes étaient sensibles aux antibiotiques les plus couramment prescrits.

Tableau 16 : Répartition de l'effectif des patients en fonction du traitement chirurgical.

Traitement chirurgical	Effectifs	Pourcentage
Décédés avant toute Chirurgie	12	8,1
Chirurgie Sous Anesthésie Générale	2	1,4
Chirurgie Sous Anesthésie Locale	134	90,5
Total	148	100

La chirurgie sous anesthésie locale a été la plus employée dans **90,5 %** des cas.

Tableau 17 : Répartition de l'effectif des patients en fonction du nombre de jour d'hospitalisation.

Nombre de Jour d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
1 à 7 jours	33	22,3
8 à 15 jours	66	44,6
16 à 21 jours	23	15,5
21 à 30 jours	18	12,2
Plus de 30 jours	8	5,4
Total	148	100

La durée d'hospitalisation de nos patients était supérieure à une semaine dans **77,7 %** des cas.

Tableau 18 : Répartition de l'effectif des patients en fonction de la morbidité

Morbidité	Effectifs	Pourcentage
Décédés avant toute Chirurgie	12	8,1
Décédés à J0 Post Opératoire	2	1,4
Décédés entre J1 et J3 Post Opératoire	9	6,1
Guérison Post Chirurgicale	125	84,5
Total	148	100

Nos patients ont eu une guérison post chirurgicale dans la majorité des cas : soit **84,5%**.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-Aspect Méthodologique :

Notre étude ayant porté sur l'analyse rétrospective des dossiers d'hospitalisation présente un certains nombres de limites :

- l'accessibilité inégale des patients à l'imagerie et à certaines analyses biologiques dont la répétition faisait parti du suivi thérapeutique des patients. Cette inaccessibilité a révélé deux facteurs : d'une part l'absence de généralisation d'organisme de tiers payant à tous les patients et d'autre part à l'absence de réactif ou de panne de matériel d'exploration fonctionnelle.
- l'indisponibilité du bloc opératoire tant par son coût élevé pour les patients que par la mobilisation difficile des professionnels.
- L'absence de politique systématique dans l'organisation de prise en charge concomitante multidisciplinaire chez de tels patients.

Ces difficultés méthodologiques ont semblé être l'apanage du système de sante à Bamako car il avait été déjà relevé dans une étude précédente hospitalière réalisée dans le service par KEITA et OGOULIGENDE INDJELE [2, 42].

1- Aspect fréquence hospitalière :

Notre étude se présente comme une actualisation en se sens qu'on a isolé 148 cas en 3 ans, ce qui fait une moyenne de 49 cas par an. Une précédente étude réalisée dans le service il ya 10 ans avait trouvé une fréquence hospitalière de 21 cas par an. Les études africaines sur le sujet ont trouvé des fréquences nettement inférieures à notre série, dans la série de NJIFOU [21] à Douala au Cameroun 79 patients ont été répertoriés à 3 ans, BENZARTI [7] en Tunisie avait retrouvé 150 cas en 10 ans, dans le reste du monde TRAN BA HUY [3] en France a reporté 25 cas par an, tandis que THIEBAUT [9] à Dijon en France a colligé 17 patients en 5 ans.

2- Age et Sexe :

Nos patients ont été plus souvent des hommes (55,4%), encore jeunes (moins de 46 ans, 89,2% des cas). Ces résultats ont été relevés par KEITA [2] dans le même service il ya une dizaine d'années, cette prédominance de sujet de sexe masculin et d'adultes jeunes est partagée par la grande majorité de la littérature tant africaine HOUNKPE [8] au Bénin, KABA [28] au Gabon, qu'en Europe par TRAN BA HUY [3].

3- Résidence et Profession :

Plus d'un patient sur deux provenait de Bamako (55,4%), il était plus souvent des femmes aux foyers et des ouvriers (58%). Ces constats reproduisent le même profil qui avait été relevé dans une étude précédente dans le service, cela pose la question du profil des patients consultant dans le CHU Gabriel TOURE, les patients plus favorisés ayant tendance à consulter dans les cliniques privées de la place. BADIAN [12] au Sénégal avait relevé 52.72 % de patients qui provenaient des quartiers populaires de Dakar.

4- Au Plan clinique :

4.1- Aspect demande de soins :

Un patient sur deux (53%) a été admis dans le service après plus d'une semaine d'évolution de la maladie, ce constat a déjà été relevé par KEITA [2]. Nous avons noté chez ces patients que l'automédication a été le plus souvent la règle avec des molécules comportant des AINS et une antibiothérapie itérative.

4.2- Aspect porte d'entrée :

Nos patients avaient soit des caries, soit des pyorrhées alvéolo-dentaires dans 79%. Les séries africaines ont partagé ces constats KABA [28] 95%, DIALLO [13] 74%, BENZARTI [7] 92%, EL AYOUBI [14] 90%.

5.3-Facteurs de risques :

L'actualisation de ses facteurs de risques dans notre cas a permis de noter en plus du diabète et du VIH déjà relevés dans une série précédente, de montrer qu'un tiers des patients (34,5%) avait une notion de prise d'AINS, une notion d'extraction dentaire(3,3%),un état gravidique(4,7%),une angine compliquée(8%).Dans les séries africaines l'utilisation des AINS a été plusieurs fois retrouvée dans les antécédents immédiats des patients ,MILOUNDJA[4] au Gabon (87,5), EL AYOUBI [14] au Maroc(48,3).Ce rôle favorisant des anti-inflammatoires dans la propagation d'une infection bactérienne est démontré en clinique : les anti-inflammatoires non stéroïdiens inhibent les fonctions des granulocytes et augmentent la production des cytokines et leurs conséquences locales. Ils diminuent l'un des principaux signes de l'inflammation qui est la fièvre et retardent ainsi la consultation [4].

Pour l'état, gravidique il a été retrouvé par MILOUNDJA [4] a hauteur de 6%.Le rôle favorisant de la grossesse dans la genèse de la cellulite cervicale diffuse s'explique par : une perturbation hormonale qui entraîne une dépression immunitaire, une diminution du pH buccal favorisant l'action cariogène et le développement des germes anaérobies. De plus, la prescription d'antibiotiques chez la femme enceinte n'est pas recommandée du fait du risque tératogène pour l'enfant.

5.4-Aspect présentation clinique :

Dans 2 cas sur 3, nos patients ont été reçus dans un tableau de tuméfaction inflammatoire cervicale associée à une hyperthermie. Cet état de cellulite cervicale phlegmoneuse retrouvé dans 64,2% des cas a été souvent associés à la dysphagie avec trismus, à la dyspnée et de la toux. Nous avons relevés un empatement cervical avec crépitation à la palpation (35,8%) témoignant la forme gazeuse. Cette prédominance de cellulite de forme phlegmoneuse a été retrouvée dans la littérature, NJIFOU [21] au Cameroun (82%), THIEBAUT [9] à Dijon (82,3%).

5.5- Aspect Complication :

Nos patients ont consulté dans un tiers des cas dans un tableau de dyspnée avec toux et douleur thoracique, ce qui nous a conforté après imagerie à retenir le diagnostic de médiastinite dans 39,6% des cas. Deux autres complications gravissimes ont été relevées : un état de sepsis sévère associé à une infection cervicale diffuse (31,3 %) et un cas de thrombophlébite de la veine jugulaire (2,1 %). Au Maroc RAOUDI [6] a relevé 11% de médiastinite et 1 cas de thrombophlébite de la veine jugulaire interne. Ces complications de médiastinite, sepsis sévère, et thrombophlébite de la veine jugulaire ont été partagées en Europe par TRAN BA HUY dans respectivement 31%,47% et 16%.

5- Aspects Paracliniques :

6.1- Aspect Biologique :

L'analyse de l'hémogramme à l'admission a trouvé une hyperleucocytose à prédominance polynucléaire neutrophile chez 97% de nos patients. Une anémie inflammatoire a été relevé chez 58% des patients et une leucopénie (3% des cas).L'ensemble de nos patients avaient une CRP positive à l'admission. Ces résultats ont été déjà relevés par d'autres auteurs africains BENZARTI [7] en Tunisie, MILOUNDJA [4] au Gabon.

6.2- Aspect Bactériologique :

Dans notre série, dans plus de la moitié des cas (52,8%), nous n'avons pu isoler de germe. Ce constat montre une nette amélioration dans notre démarche de recherche bactériologique, quant on se refait à la première étude réalisée, ou tous les prélèvements étaient revenus stériles KEITA [2].

Nous avons retrouvé un polymorphisme bactérien avec une prédominance de germes saprophytes de la cavité buccale comme déjà noté dans la littérature africaine et d'ailleurs, MILOUNDJA [4], HOUNKPE [8] , TRAN BA HUY [3].Ce polymorphisme bactériologique se manifestait par la présence de germes

aéro-anaérobies, mais nous avons isolé dans un nombre non négligeable (8 cas) des germes réputés être manu-portés.

Devant les résultats bactériologiques de notre série, il s'avère indispensable de prendre des mesures pour isoler d'avantage de germe en acquérant une rigueur pour le transport rapide des prélèvements au laboratoire et l'utilisation de milieu de culture plus spécifique. Dans les séries maghrébines, le Streptocoque semble être plus fréquemment associée au Klebsiella.

Dans les séries rapportées en France tant par THIEBAUT [9] sur 17 cas, que par TRAN BA HUY [3] sur 150 cas, les germes ont été plus fréquemment isolés dans environ 84% des cas et l'infection était plus souvent due a des germes poly microbiens dans 57% des cas. Pour ces deux auteurs les Streptocoques et les anaérobies (respectivement 73% et 63% des prélèvements positifs) dominaient largement. L'analyse des Streptocoques a montré une prédominance du groupe F (miléri) puis de groupe A (pyogène) et des Streptocoques non groupable. Concernant les anaérobies, les bacilles gram négatifs (Prevotella, Fusobacterium et Bactéroïdes) et les cocci gram positifs (Peptostreptococcus) étaient majoritaires. Les Staphylocoques viennent en troisième position (17%). Les autres bactéries étaient rares : Entérocoques, bacilles gram négatifs et levures principalement de type Candida albicans.

6.3-Aspect Imagerie :

Nous avons dans notre série en accord avec le reste de la littérature BENZARTI [7], ROUADI [6] , THIEBAUT [9] isolé 2 principaux types d'images : un épaissement des parties molles avec la présence de collection se rehaussant après injection intraveineuse de produit de contraste, des hypodensités aréiques traduisant la nécrose tissulaire et éventuel retentissement sur la filière aéro - digestive, témoins de la forme phlegmoneuse. Nous avons en plus isolé des épaissements gazeux disséquant les espaces cellulo- aponévrotiques, témoins de la forme gangréneuse. Nous avons priorisé la réalisation de la tomodensitométrie malgré son coût, à cause de sa sensibilité et de sa spécificité

hautement relevées par la majorité des auteurs. Cet examen, nous a permis de décrire les 2 principales formes suscitées, de localiser le siège exact des lésions et la porte d'entrée.

7-Au Plan Thérapeutique :

Dans notre série, nous avons identifié 3 principales étapes de prise en charge. A l'admission, malgré les problèmes d'accès à l'assurance santé dans notre contexte pour une part non négligeable de la population, nous avons priorisé dans le même temps l'accueil et le conditionnement des patients, les examens biologiques telque la NFS, dosage des CRP, l'hémoculture pour les patients dont la température était au delà de 38,5°C et la réalisation de la tomodensitométrie. Cela nous a permis d'aborder le second axe de la prise en charge qui a été majoritairement chirurgical a type : mise a plat des lésions, lavage large au sérum physiologique et drainage des sécrétions sous anesthésie locale avec sédation, ce qui a été une limite importante dans notre prise en charge. Puis la troisième partie de la prise en charge qui a consisté au suivi de nos patients. Ce suivi a été fait sur trois critères : le critère clinique a porté essentiellement sur le suivi local de la plaie et des constances hémodynamiques (température, état de la conscience, respiration, pouls, tension artérielle), le suivi biologique a porté sur la réalisation toutes les 72 heures du dosage de la CRP et de la NFS, le suivi par l'imagerie a été le plus difficile, puisque aucun de nos patients n'a pu réaliser la TDM de contrôle tel que recommandé ailleurs (TRAN BA HUY [3], THIEBAUT [9]). Nous avons réalisé l'imagerie standard en cas de dyspnée ,toux productive et de douleur thoracique à la recherche d'une extension médiastinale. Quant à la prise en charge médicamenteuse, nous avons majoritairement utilisé une antibiothérapie probabiliste à base d'amoxicilline associée à acide clavulanique à la dose de 50 à 80 mg/kg/jour. L'analyse de notre conduite à tenir vise, à reproduire les schémas classiques de prise en charge relevés dans la littérature, LAROQUE [18], BENZARTI [7], TRAN BA HUY [3], THIEBAUT [9]. Nous avons relevé un taux de mortalité élevé (15,5%), ce qui est une avancée

par rapport à des prise en charge antérieure dans notre service, KEITA [2].
Cependant nous avons constaté une mortalité élevée à l'admission (8%).

CONCLUSION

Au terme de cette étude, il se dégage que la cellulite cervicale est une affection grave de l'adulte jeune de sexe masculin et atteint en majorité les patients d'un bas niveau socio-économique. Les complications sont fréquentes et la mortalité est élevée. Le diabète et le VIH sont des facteurs péjoratifs pour le pronostic. Pour cela nous devons plus œuvrer pour l'accès de plus grand nombre aux analyses biologiques et à l'imagerie, tant à l'admission qu'au cours du suivi. Nous devons en plus améliorer l'accès à l'anesthésie générale de qualité pour la prise en charge initiale et le suivi thérapeutique. Ces procédures vont sans doute concourir à humaniser d'avantage notre prise en charge, et à améliorer notre taux de mortalité qui est élevé.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude ;

Sous l'autorité de nos Maîtres, nos recommandations iront :

Aux autorités socio sanitaires :

- Formation médicale continue à l'endroit des praticiens de la périphérie pour la reconnaissance des urgences les plus courantes ;
- Dotation des hôpitaux des moyens dans le cadre de la prise en charge de ces pathologies.
- Adoption d'une politique de réduction des coûts de prise en charge de ces pathologies.

A l'endroit du personnel de Santé :

- Information et référence à un échelon supérieur toute pathologie dont la prise en charge semble délicate.
- Collaboration pluridisciplinaire doit être au premier plan.
- L'antibiothérapie ne doit être abusive, son usage doit être strict pour permettre la détection des germes.

A la population :

- L'automédication doit être proscrite
- Promotion d'une bonne hygiène bucco-dentaire
- Consultation dès les premiers symptômes dans les structures de santé .

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

[1] BRUNATO D.

Cellulites d'origine dentaire : classification, étiologie, bactériologie et traitement. Illustrations cliniques.

[Thèse], université henry Poincaré Nancy 1, faculté de chirurgie dentaire, 2005, 174 p, disponible :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php.

[2] KEITA M, DIANGO D, DOUMBIA K, DIALLO M et al.

La Cellulite Cervicale extensive en milieu hospitalier sub-sahélien une pathologie oubliée ? Cas du Mali.

Médecine d'afrique noire 2008;55:8-9.

[3] TRAN BA HUY P, BLANCAL J.P, VERILLAUD B, MEBAZAA et al.

Les cellulites cervico-faciales : Une grave urgence ORL.

Bull. Acad. Natle. Med. 2011;195(3):661-78.

[4] MILOUNDJA J, EYOGHO S.F.A, LAWSON J.M.M, ONDOUNDA M et al.

Cellulites cervico-faciales diffuses : 32 cas vus à Libreville.

Sante 2011;21:153-57.

[5] RAZAFINDRABE J.A.B, RANDRIAMANAATENASOA V.H,

ANDRIANASOLO M.F, RADA VARISON J.B et al.

Epidemiological and clinical aspects of dental cellulitis in Antananarivo.

J.Med.Sci 2007; 7(7):1108-11.

[6] ROUADI S, OUAISSI L, EL KHIATI R, ABADA R et al.

Les cellulites cervico-faciales à propos de 130 cas.

Pan african médical journal. 2013;14:1-5.

[7] BENZARTI S, MARDASSI A, BEN MHAMED R, HACHICHA A et al.

Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire à propos de 150 cas.

Journal tunisien orl 2007;19:24-8.

[8] HOUNKPE Y.Y.C, OUSSA G.B, VODOUHE S.J, BABAGBETO M.J et al.

Les cellulites cervico-faciales à propos de 55 cas colligés dans les services d'orl et d'ophtalmologie du CNHU de Cotonou.

Médecine d'Afrique Noire 1990;37(1):29-34.

[9] THIEBAUT S, DUVILLARD C, ROMANET P, FOLIA M.

Management of cervical cellulitis with and without Mediastinal extension: report of 17 cases.

Rev laryngol otol rhinol 2010;131(3):187-192.

[10] BLANCAL J-P, KANIA R, SAUVAGET E, TRAN BA HUY P et al.

Prise en charge des cellulites cervico-faciales en Réanimation.

Société de réanimation de langue française 2010;19:297-303.

[11] PERON JM ET MANGEZ JF.

Cellulites et fistules d'origine dentaire.

Encycl. Méd. Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Stomatologie/Odontologie, 22-033-A-10, 2002, 14 p.

[12] BADIANE C.

Aspects cliniques et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire : étude prospective de 55 cas réalisée dans les services de stomatologie et d'orl du CHU le Dantec (Dakar).

[Thèse], Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie, 2001, 137 p, Disponible :

[http://www :dspace.univ-tlemcen.dz/.../Aspects-cliniques-et-thérapeutiques-des-cellulites](http://www.dspace.univ-tlemcen.dz/.../Aspects-cliniques-et-thérapeutiques-des-cellulites).

[13] DIALLO O.R, BALDE N.M, CONDE B, CAMARA S.A.T et al.

Les cellulites cervico-faciales chez le patient diabétique au CHU de Conakry.

Rev. Col. odonto-stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac 2006;13(3):13-6.

[14] EL AYOUBI A, EL AYOUBI F, MAS E, GUERTITE A et al.

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

Med Buccale Chir Buccale 2009;15(3) :127-35.

[15] SMATI B, BOUDAYA M. S, MARGHLI A, ZIADI J et al.

La prise en charge des médiastinite nécrosantes descendantes.

Chirurgie Thoracique Cardio-vasculaire 2007;11:53-7.

[16] DUBERNARD C, BELLANGER S, CHAMBON G, LÉON H et al.

Cellulite d'origine dentaire engageant le pronostic vital : à propos d'un cas.

Médecine buccale chirurgie buccale 2009;15(3):119-25.

[17] SERGHINI I, AISSAOUI Y, QUAMOUISS Y, SEDIKKI R et al.

Médiastinite compliquant une cellulite cervicale à porte d'entrée dentaire: à propos d'un cas et revue de la littérature.

Pan African Medical Journal 2011; 8:25-34.

[18] LAROQUE G, DIA-TINE S, EVRARD L, GENTILE B et al.

L'antibiothérapie probabiliste des Cellulites perimaxillaires au Sénégal.

Médecine d'Afrique Noire 1993;40 (11):662-65.

[19] RANDRIAMANANTENA T, RAKOTOARISOA A.H.N,

RAKOTOARIVONY A.E, RAKOTOARISON R.A et al.

La diffusion cervicale d'une cellulite d'origine dentaire : à propos d'un cas clinique et d'un cas anatomique.

Revue d'odontostomatologie malgache 2014;8:39-46.

[20] RIGHINI C.A, TEA B. Z, REYT E, CHAHINE K.A.

Cervical cellulitis and mediastinitis following esophageal perforation: A case report.

World Journal Gastro enterol 2008;14(9):1450-1452.

[21] NJIFOU N.A, ESSAMA L, KOUOTOU E.A, MOBY H et al.

Cellulites cervico-faciales en milieu hospitalier Camerounais.

Health Sci. Dis 2014;15 (1)1-4.

[22] RAZAFIMANJATO N M, RAOELIJAONA L,

ERASOAMAMPIANINA L, RAKOTOARISOA A.J.C et al.

Médiastinite compliquant une cellulite cervicale d'origine dentaire: À propos d'un cas et revue de la littérature.

Rev. anesth.-réanim. med. Urgence 2012; 4: 20-22.

[23] LA ROSA J, BOUVIER S, LANGERON O et al.

Prise en charge des cellulites maxillo-faciales.

Le praticien en anesthésie réanimation 2008;12:309-315.

[24] BONFILS PIERRE, CHEVALLIER JEAN MARC.

Anatomie tome 3, ORL.

Flammarion-Médecine, Paris, 2ème édition, 402p.

[25] RUI M.J, MELO A.D.R, LIMA DE OLIVEIRA H.F. et al

Cervical-thoracic facial necrotizing fasciitis of odontogenic origin.

Braz J Otorhinolaryngol. 2011; 77(6):805.

[26] RIGHINI C.A, MOTTO E, FERRETTI G, BOUBAGRA K et al.

Cellulites cervicales diffuses extensives et médiastinite descendante nécrosante.

Annales otolaryngol et chir cervicofac. 2007;124:292-300.

[27] SERGHINI I, AISSAOUI Y, QUAMOUISS Y, SEDIKKI R et al.

Médiastinite compliquant une cellulite cervicale à porte d'entrée dentaire à propos d'un cas et revue de la littérature.

Pan African Medical Journal 2011; 8: 25.

[28] KABA M, CADOT S, MIQUEL JL.

Les cellulites perimaxillaires a l'hôpital provincial de Mouila.

Odonto-stomatologie Tropicale 1998 ;4:18-22.

[29] RUSH J, FOCA M.

Necrotizing fasciitis in a pediatric patient caused by Lancefield group G streptococcus case report and brief review of the literature.

Case Report Med 2011 ; 6 : 63-5.

[30] YOUNES S, ROCHE Y.

Face à l'infection bactérienne : quand, comment et quel antibiotique prescrire ?
Real Clin 2006 ; 17 : 37-55.

**[31] SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DE MÉDECINE BUCCALE ET
CHIRURGIE BUCCALE ET SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE
CARDIOLOGIE.**

Recommandations pour la prescription des anti-inflammatoires en chirurgie buccale chez l'adulte.

Med Buccale Chir Buccale 2008 ; 14 : 129-59.

[32] REYNOLDS SC, CHOW AW.

Life-threatening infections of the peripharyngeal and deep fascial spaces of the head and neck.

Infect Dis Clin North Am 2007;21(2):557-76.

[33] LIN C, YEH FL, and al.

Necrotizing fasciitis of the head and neck: an analysis of 47 cases.

Plast Reconstr Surg 2001;107:1684-93.

[34] MOHAMMEDI I, CERUSE P, et al.

Cervical necrotizing fasciitis: 10 years' experience at a single institution.
Intensive Care Med 1999;25:829-34.

[35] BAHU SJ, SHIBUYA TY, et al.

Cranio-cervical necrotizing fasciitis: an 11-year experience.

Otolaryngol Head Neck Surg 2001;125:245-52.

[37] EL MOUSSAOUI R., BENCHEQROUN A.

Une complication redoutable d'une cellulite cervicale après extraction dentaire.
JEUR 2007 ;20: 120-123.

[38] SUGATA T. et al.

Cervical cellulitis with mediastinitis from an odontogenic infection complicated by diabetes mellitus.

J. Oral. Maxillofac. Surg. 1997 ;55: 864-869.

[39] POTARD G. et al.

Cellulites de la face et du cou: à propos de 13 cas.

J. F.ORL 2000 ;49(6): 325-337.

[40] DUBREUIL L, NEUT C.

Arguments microbiologiques pour optimiser l'antibiothérapie empirique des cellulites cervico- faciales.

Med Buccale Chir Buccale 2005 ; 11 : 7-15.

[41] RIGHINI C-A. et al.

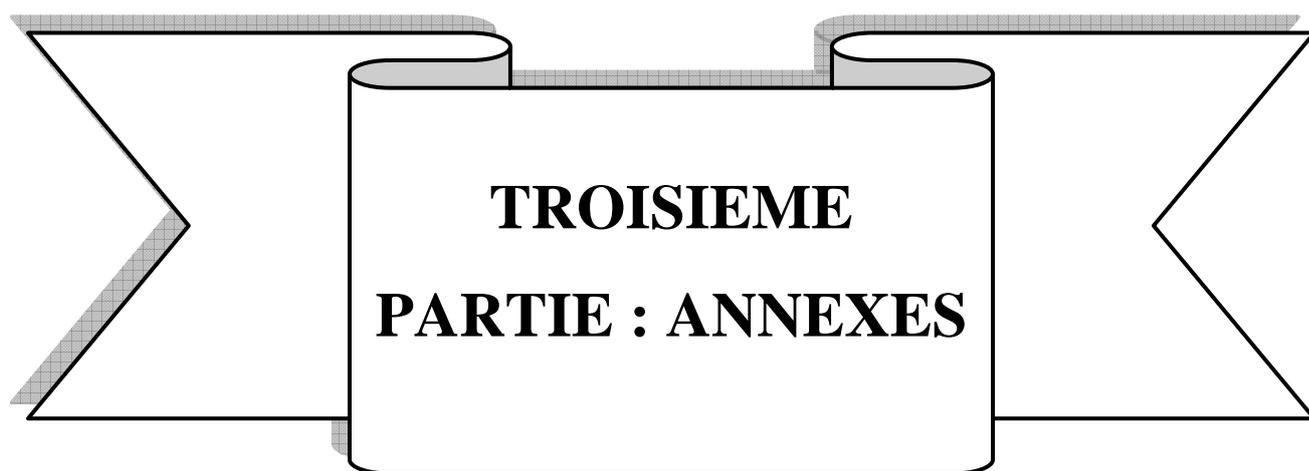
Cellulites cervicales extensive et médiastinite descendante nécrosante.

Ann. Otolaryngol. Ch.Cervicofac 2007;124: 292-300.

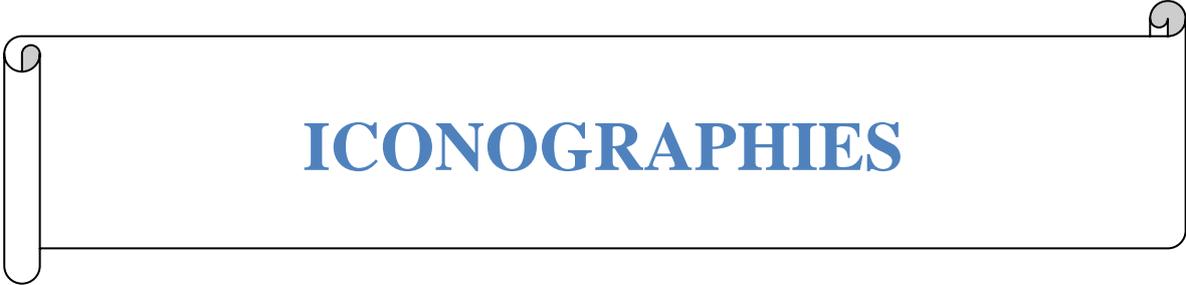
[42] OGOULIGENDE INDJELE G.

Cellulite Cervicale extensive : une expérience de prise en charge orl sur 21 cas.

[Thèse], université de Bamako ; faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie, 2006, 87 p, n°56.



**TROISIEME
PARTIE : ANNEXES**



ICONOGRAPHIES

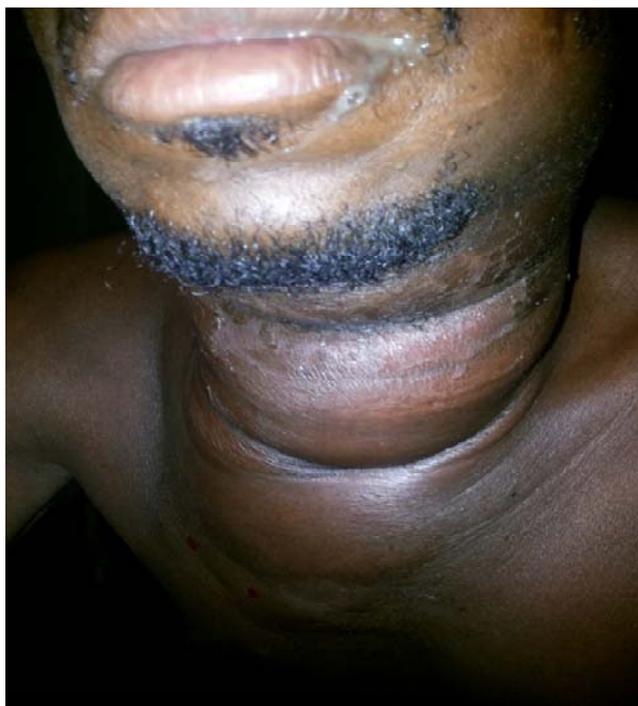


Figure 12: Cellulite cervicale diffuse : forme phlegmoneuse chez un patient avec extension sus- et présternale



Figure 13: Cellulite cervico-thoracique: forme gangréneuse, nécrotique



Figure 14: cellulite cervico- thoracique gangréneuse en phase de bourgeonnement après une semaine de pansement.



Figure 15: cellulite cervico- thoracique gangréneuse, superficielle en phase de bourgeonnement après deux semaines de pansement.



Figure 16: TDM Cervicale avec injection du produit de contraste iodé (fenetre partie molle) ,coupe axiale passant par C6, objectivant des clartés aérique au sein des parties molles anterieure et latéro-cervicale droite.



Figure 17: TDM cervicale avec injection du produit de contraste iodé(fenetre partie molle),en coupe sagittale; objectivant une collection hypodense retro pharyngo-oesophagienne, refoulant l'axe visceral en avant.

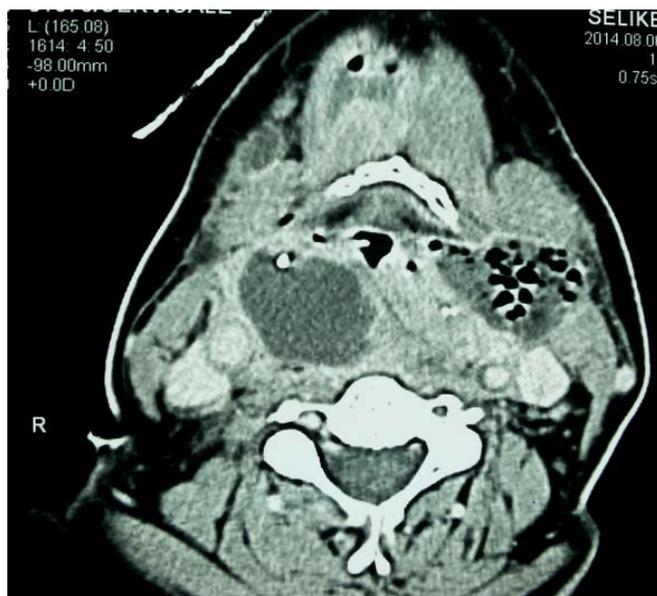


Figure 17: TDM cervicale avec injection du produit de contraste iodé , en coupe axiale passant par C3, objectivant des collections hypodenses siégeant au niveau retro-laryngée, latéro-cervicale gauche et au niveau de la base de la langue, avec des clartés aériques en son sein.



Figure 18: TDM Cervicale avec injection du produit de contraste iodé, en coupe axiale passant par C4, objectivant une collection hypodense retro-pharyngée avec clarté aérique au sein de la collection, et latéro-cervicale bilatérale prédominante à droite.



Figure 19 : TDM cervico-thoracique , objectivant de multiples collections hypodenses du parenchyme pulmonaire, et du mediastin avec des multiples clartés aériques.

Fiche Signalétique :

Nom : DIARRA

Prénom : Kassim

Nationalité : Malienne

Titre de la thèse : Les cellulites cervicales diffuses : aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique.

Année Universitaire : 2014-2015

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays de soutenance : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : urgence infectiologique cervico-faciale, santé publique d'ORL.

RESUME :

But : Etudier les aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique des cellulites cervicales diffuse.

Cadre / Méthode et Matériels :

Dossiers des patients de tout âge et sexe admis en hospitalisation dans le service et présentant une cellulite cervicale avec ou sans médiastinite pris en charge par l'équipe d'ORL du CHU Gabriel TOURE.

Résultats :

148 dossiers ont été colligés durant cette période. L'âge moyen dans notre étude a été de 38 ans avec des extrêmes allant de 3-79 ans. Le sex- ratio était de 1.24 en faveur du sexe masculin. Nos patients avaient un niveau socio-économique bas dans 86,4%. Le mauvais état bucco-dentaire et la prise AINS, ont été retrouvés respectivement comme facteurs de risques à 37,8% et 34,5%.

Sur le plan clinique, la forme phlegmoneuse a été la plus fréquente dans notre série 64,2% des cas. Les critères diagnostiques ont été le plus souvent cliniques, l'imagerie, la biologie (NFS, dosage CRP et la bactériologie) ont été plus

utilisées comme outils décisionnels dans la prise en charge chirurgicale et le suivi thérapeutique.

CONCLUSION :

La cellulite cervicale diffuse demeure une urgence redoutable dans nos conditions d'exercice. La mobilisation pluridisciplinaire et la naissance de tiers payant sont une source d'espérance pour la prise en charge correcte de cette affection.

Mots clés : urgence infectieuse, cellulite cervicale diffuse, affection grave; Mali.

Fiche D'enquête :

THEME : les cellulites cervicales diffuses

N° DOSSIER /___/___/___/___/

Date : /___/___/___/

/jj/mm/aaaa

1.1. Identité

Prénom:.....Nom:.....Age:.....

Sexe :.....Nationalité :.....Ethnie

Statut Matrimonial :

Profession.....

Adresse :

Téléphone :

1.2. Motif Consultation :

Douleur /___/ Tuméfaction /___/ Suppuration /___/ trismus /___/ Autres /___/

Si autre à préciser :

1.3. Histoire de la Maladie

Délai de Consultation :

Moins d'une semaine

Sept à 15jours

Plus de 15jours

Notion de Prise d'antibiotiques et anti-inflammatoires (type : AINS ou corticoïde).....

Signes associés :

Dyspnée/___/ Dysphagie/___/ Odynophagie /___/ Trismus /___/

Fausses routes /___/ Douleur /___/ tuméfaction/___/ Fièvre/___/ Autres :/___/

1.4. Antécédents :

Antécédents médicaux :

Diabète/___/carie dentaire /___/amygdalite à répétition /___/ VIH /___/

Corticothérapie de longue durée /___/

Autres :/___/

Si autre à préciser :.....

Antécédents chirurgicaux :.....

1.5. Examen ORL

Examen cervical :

Région cervicale atteint

Peau en Regard : luisante/___/ Fistulisation /___/

Consistance : Fluctuante /___/Crépitations neigeuse /___/ Empâtement/___/

Autres : /___/

Si autre à préciser :.....

Examen de la cavité buccale :.....

.....

Porte d'entrée :

Dentaire : /___/ pharyngé : /___/ Cutané : /___/ Autres : /___/

Si autres à préciser.....

Examen General :

Température : /___/___/, /___/°C TA /___/___/ Fréquence cardiaque

/___/___/___/mn Fréquence respiratoire /___/___/mn

Etat général : Indice d'activité OMS : /___/

Signes de gravité :

1.6. Examens Complémentaires :

Biologiques :

NFS : /___/ Glycémie : /___/ CRP : /___/ Sérologie HIV : /___/ Autres :

/___/

Hémoculture /___/ Examen cytobactériologique du pus +antibiogramme /___/

Si Autres à préciser :

Radiologiques :

TDM Cervical et thoracique : /___/ Rx Thorax Face : /___/ Panoramique Dentaire

Autres : /___/

Si Autres à préciser :

1.7. Traitement :

Médical : non /___/ oui /___/

Si Oui à préciser :

Chirurgical : non /___/ oui /___/

Type : AG ou AL /___/ cervicotomie avec exérèse du tissu nécrotique /___/

Si Oui précisé :

Autres : /___/

Médico-chirurgical : /___/

Durée du traitement antibiotique : /___/

Si Autres à préciser :

Les résultats bactériologiques : germes identifiés et
antibiogrammes :

1.8. Evolution sous traitement :

Guérison oui /___/ non /___/

Complication oui /___/ non /___/

Décès oui /___/ non /___/

Rechute ou récurrence oui /___/ non /___/

Séquelles : /___/