UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Cellulité cervico faciale au CHU Kamenge : aspects clinique, diagnostic et thérapeutique à propos de 11 cas

Muterateka, Fleur Melissa; Directeur de thèse : Pr Gordien Ngendakuriyo

2020-09
UB, Faculté de Médecine
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/747

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI



FACULTE DE MEDECINE

CELLULITE CERVICO FACIALE AU CHU KAMENGE : ASPECTS CLINIQUE, DIAGNOSTIC ET THERAPEUTIQUE

A propos de 11 cas

Par :

Fleur Melissa MUTERATEKA

Directeur de thèse :

Pr Gordien NGENDAKURIYO

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de **Docteur en Médecine**

Bujumbura, Septembre 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE (Année académique 2019-2020)

I. BUREAU DECANAL

Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Doyen

Pr Martin MANIRAKIZA : 1er Vice-Doyen

Dr Désiré NISUBIRE : 2ème Vice-Doyen

II. PROFESSEURS ORDINAIRES

1. Pr Théodore NIYONGABO : Pathologies Infectieuses et Parasitaires
2. Pr Léopold NZISABIRA : Neurologie
3. Pr Gaspard KAMAMFU : Pneumologie
4. Pr Aloys NIYONGABO : Biochimie Structurale et Métabolique
5. Pr Frédéric NSABIYUMVA : Pharmacologie Spéciale, Endocrinologie
6. Pr Rénovât NTAGIRABIRI : Gastro-Entérologie, Hépatologie
7. Pr Elysée BARANSAKA : Cardiologie
8. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Hépatologie, Nutrition,
9. Pr Déogratias NIYUNGEKO : Pédiatrie

   Physiologie et Sémiologie Digestive
10. Pr Gordien NGENDAKURIYO : Oto-rhino-laryngologie

III. PROFESSEURS ASSOCIES

1. Pr Salvator HARERIMANA : Obstétrique
2. Pr Serges BAHIMANGA : Pédiatrie
3. Pr Claudette NDAYIKUNDA : Hématologie Fondamentale, Hématologie Clinique, Biochimie Pathologique
4. Pr Hélène BUKURU : Pédiatrie
5. Pr Joseph NYANDWI : Néphrologie, Sémiologie et Physiologie Néphrologique
6. Pr Sylvestre BAZIKAMWE : Gynécologie Obstétrique, Soins de Santé Maternels et Infantiles
7. Pr Jean Claude NIYONDIKO : Anatomie, orthopédie – traumatologie
8. Pr Eugène NDIRAHISHA : Endocrinologie, Physiologie et Sémiologie Cardiaque
9. Pr François NDIKUMWENAYO : Physiologie, Education à la Citoyenneté
10. Pr Patrice BARASUKANA : Neuro-Anatomie, Physiologie neurologique, Sémiologie neurologique
11. Pr Sébastien MANIRAKIZA : Imagerie Médicale
12. Pr Pontien NDABASHINZE : Pédiatrie

13. Pr Alexis SINZAKARAYE : Rhumatologie, Médecine Physique et de Réadaptation
14. Pr Déogratias NTUKAMAZINA : Gynécologie–obstétrique
15. Pr Martin MANIRAKIZA : Pathologie infectieuse et parasitaire, Endocrinologie
16. Pr AMANI Moïbéni : Sémiologie médicale et Physiologie digestive
17. Pr Stanislas HARAKANDI : Soins palliatifs, Anesthésie-réanimation
18. Pr Lévi KANDEKE : Ophtalmologie
19. Pr Léonard BIVAHAGUMYE : Anatomie tête et cou, Sémiologie Chirurgicale
20. Pr Louis NGENDAHAYO : Anatomopathologie

IV. CHARGES DE COURS

1. Dr Emmanuel GIKORO : Imagerie Médicale
2. Dr Hermann NIMPAYE : Parasitologie, Entomologie Médicale
3. Dr Désiré NISUBIRE : Biologie Moléculaire, Cytologie et Génétique
4. Pr Gilbert NDAYIZEYE : Anatomie, orthopédie-traumatologie
5. Dr Alice NDAYISHIMIYE : Pédiatrie
6. Dr Chantal MUREKATETE : Radiologie

7. Pr Paul BANDEREMBAKO : Urologie
8. Dr Jean Claude MBONICURA : Pathologie chirurgicale
9. Dr Thierry SIBOMANA : Pneumologie
10. Dr Thoto Shabani MAREBO : Urologie
11. Dr Jean Bosco BIZIMANA : Neuro-anatomie/ Neurochirurgie
12. Dr Zacharie NDIZEYE : Méthodologie de la Recherche, Epidémiologie et Déontologie
13. Dr Daniel NDUWAYO : Neurophysiologie

V. CHARGES D'ENSEIGNEMENT

1. Dr Jacques NDIKUBAGENZI : Hygiène et Epidémiologie
2. Dr Sandra NKURUNZIZA : ISP
3. Dr Alexandre NIYONKURU : Médecine nucléaire

VI. MAITRES ASSISTANTS

1. Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE : Immunologie, Bactériologie, Virologie et Mycologie
2. Ph Ramadhan NYANDWI : Pharmacologie Générale
3. Dr Désiré HABONIMANA : Méthodologie de la recherche et Epidémiologie
4. Dr Jean Claude NKURUNZIZA : Administration des Services de Santé

VII. ASSISTANTS

1. Dr Paulin BARAMBURIYE : Anatomie
2. Dr Roméo IRANKUNDA : Physiologie
3. Dr Eloi IRANGABIYE : Anatomie–physiologie
4. Dr Epipode NTAWUYAMARA : Anatomie Pathologie
5. Dr Evrard NIYONKURU : Anatomie Pathologie

VIII. ENSEIGNANTS A TEMPS PARTIEL

1. Dr Elie MUPERA : Dermatologie
2. Dr Sylvère SAKUBU : Psychiatrie
3. Dr Gaspard MARERWA : Anatomie Pathologie Spéciale
4. Dr Thadée BARANCIRA : Physique
5. Dr Léopold HAVYARIMANA : Chimie Générale et Organique
6. Dr Jean Bosco KAYOYA : Biostatistique
7. Dr Juvénal MUYUKU : Stomatologie
8. Mr Bonaventure NIYOYANDOYE : Psychologie Générale
9. Mr Eric NIYIKIZA : Mathématiques
10. Mr Ferdinand NCABWENGE : Anglais Médical
11. Dr Alexis BANUZA : Informatique
12. Mme Patricie BARAHINDUKA : Soins Infirmiers
13. Dr Emmanuel KAMO : Médecine du Travail
14. Dr Sylvain NIYONKURU : Sémiologie Chirurgicale I

15. Dr Canisius HAVYARIMANA : Sémiologie Chirurgicale II

16. Dr Didier KAMATARI : Anatomie

DEDICACES

A mes parents, Apollinaire NDEREYIMANA et Anne-Marie KUBWAYO ;

A mon cher fils Ralph ISANGE NIRAGIRA ;

A mes chers frères, Auguste-Aubin KEZINGABO et Guy-Landry GIRINKA ;

A ma chère cousine, Françoise NGENDAKURIYO.

REMERCIEMENTS

A Pr Gordien NGENDAKURIYO, spécialiste en ORL, Directeur de cette thèse.

Vous avez été pour nous une source d'inspiration tout au long de notre formation, votre dévouement à votre mission de sauver des vies, votre sagesse et votre simplicité sont inégalables.

Vous nous avez fait un grand honneur d'accepter d'encadrer ce travail dont vous êtes vous-même le promoteur. Votre rigueur scientifique, votre amour du travail et votre disponibilité malgré vos multiples responsabilités nous ont marquée à jamais et nous servirons toujours de modèle.

Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre profonde gratitude ;

A Pr Léonard BIVAHAGUMYE, spécialiste en ORL, Président du jury. Vous nous avez fait honneur en acceptant de présider le jury de cette thèse. Veuillez accepter cher maître, l'expression de notre profond respect ;

Au Dr Jean Bosco BIZIMANA, Neurochirurgien, Membre du jury. C'est pour nous un grand plaisir de vous compter parmi nos juges. Vous avez accepté avec bienveillance d'évaluer et de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance ;

A tout le personnel du service ORL au CHU Kamenge, pour nous avoir bien accueillie et aidée dans les recherches au niveau de ce service. Pour votre franche collaboration à la réalisation de ce travail, nous vous remercions sincèrement ;

A tous nos enseignants de l'école primaire jusqu'à l'université, vous avez été de bons éducateurs. Veuillez trouver dans cette thèse, l'expression de votre plus grande fierté ;

A la 35ème promotion de la faculté de médecine de Bujumbura ;

Nous disons sincèrement merci.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AINS : Anti inflammatoire non stéroïdien

BGN : Bacille gram négatif

BK : Bacille de Koch

C3G : Céphalosporine de troisième génération

CCF : Cellulite cervico-faciale

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CRP : C- reactive protein

ESC : Emphysème sous cutané

IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique

IVD : Intraveineux direct

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OHB : Oxygénothérapie Hyperbare

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

VAS : Voies aériennes supérieures

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

VS : Vitesse de Sédimentation

MSPLS : Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA

MENRS : Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique

LISTES DES FIGURES

Figure 1: Régions superficielles de la face 4
Figure 2: Régions du cou 5
Figure 3 : Communications des espaces cervicaux 6
Figure 4 : Cellulite labiale inférieure et mentonnière 9
Figure 5 : Cellulite génienne basse 9
Figure 6 : Cellulite sous mylo-hyoïdienne 10
Figure 7 : Cellulite sus mylo-hyoïdienne 10
Figure 8 : Cellulite massétérine 11
Figure 9 : Cellulite labiale supérieure et cellulite sous narinaire 11
Figure 10 : Cellulite vestibulaire 12
Figure 11 : Cellulite jugale 12
Figure 12: Cellulite cervicale étendue au thorax avec nécrose cutanée 12
Figure 13 : Drainage de la collection suppurée à l'aide d'une pince de Halsted 56

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition des patients sur les 2 années d'étude..... 15
Graphique 2 : Répartition des cas selon le sexe..... 16
Graphique 3: Répartition des cas selon la tranche d'âge 17
Graphique 4: Répartition des patients selon l'origine géographique..... 18
Graphique 5 : Répartition des cas selon les facteurs favorisants 21
Graphique 6 : Répartition des cas selon la porte d'entrée..... 22
Graphique 7 : Répartition des cas selon le type de cellulite 23
Graphique 8 : Répartition des cas selon la topographie de la cellulite 23

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des cas selon la tranche d'âge 16
Tableau II : Répartition des patients selon la province d'origine 17
Tableau III : Répartition des patients selon la profession 19
Tableau IV : Répartition des cas selon le motif de consultation 20
Tableau V : Répartition des patients selon le facteur favorisant 21
Tableau VI : Répartition de la population selon la porte d'entrée 22
Tableau VII : Répartition des patients selon le délai de consultation 24
Tableau VIII: Répartition des patients en fonction des manifestations cliniques 25
Tableau IX: Répartition des cas selon l'aspect de la lésion 26
Tableau X : Répartition des cas selon le stade de la cellulite 27
Tableau XI : Répartition des patients selon les modalités de traitement 28
Tableau XII : Répartition des patients selon l'antibiothérapie instaurée 29
Tableau XIII: Tableau comparatif des résultats 33
Tableau XIV: Age moyen dans les différentes séries 33
Tableau XV : Spectre des antibiotiques employés dans le traitement des cellulites 53
Tableau XVI: Taux de mortalité dans les différentes séries 58

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE (Année académique 2019-2020) ..... **i**
DEDICACES ..... **vii**
REMERCIEMENTS ..... **viii**
SIGLES ET ABREVIATIONS ..... **ix**
LISTES DES FIGURES ..... **x**
LISTE DES GRAPHIQUES ..... **xi**
LISTE DES TABLEAUX ..... **xii**
TABLE DES MATIERES ..... **xiii**
INTRODUCTION **1**
0.1. Objectif général 2
0.2. Objectifs spécifiques 2
CHAPITRE I: GENERALITES **4**
I.1. Rappels anatomiques 4
I.1.1. Régions faciales 4
I.1.2. Régions cervicales 5
I.2. Rappels cliniques 6
I.2.1. Etiologie 6
I.2.2. Facteurs favorisants 7
I.2.3. Formes cliniques 7
I.2.3.1. Formes évolutives 7
I.2.3.2. Formes topographiques 9
CHAPITRE II : MATERIELS ET METHODES **13**
II.1. Matériels 13
II.1.1. Lieu d'étude 13
II.1.2. Population cible 13
II.1.3. Critères d'éligibilité 13
II.2. Méthodes 13
II.2.1. Type d'étude 13

II.2.2. Période d'étude 13
II.2.3. Recueil des données 14
II.2.4. Saisie et traitement des données 14
II.2.5. Présentation des références 14
II.2.6. Limites de notre étude 14
CHAPITRE III : RESULTATS 15
III.1. Données socio- démographiques 15
III.1.1. Fréquence 15
III.1.2. Sexe 16
III.1.3. Age 16
III.1.4. Origine géographique 17
III.1.5. profession 19
III.2. Données cliniques 20
III.2.1. Motif de consultation 20
III.2.2. Facteurs favorisants 21
III.2.3. Porte d'entrée 22
III.2.4. Localisation de la cellulite 23
III.2.5. Délai de consultation 24
III.2.6. Manifestations cliniques 25
III.3. Données biologiques et radiologiques 27
III.4. Modalités thérapeutiques 28
III.4.1. Durée d'hospitalisation 28
III.4.2. Prise en charge proprement dite 28
III.4.2.1. Traitement médical 29
III.4.2.2. Traitement chirurgical 30
III.4.2.3. Traitement de la porte d'entrée 31
III.4.2.4. Soins locaux 31
III.4.3. Evolution 31
CHAPITRE IV : DISCUSSION, COMMENTAIRES ET REVUE DE LA LITTERATURE……32

IV.1. Sur le plan socio démographique 32
IV.1.1. Sexe 32
IV.1.2. Age 33
IV.1.3. Origine géographique 34
IV.1.4. Niveau socio-économique 34
IV. 2. Sur le plan clinique 35
IV.2.1. Motif de consultation 35
IV.2.2. Facteurs favorisants 36
IV.2.2.1. Mauvaise hygiène bucco-dentaire 36
IV 2.2.2. Prise d'anti-inflammatoires 37
IV.2.2.3. Diabète 39
IV.2.2.4. Intoxication alcoolo-tabagique 40
IV.2.2.5. Autres facteurs favorisants 41
IV.2.3. Porte d'entrée 41
IV.2.4. Localisation de la cellulite 43
IV.2.5. Délai de consultation 44
IV.2.6. Manifestations cliniques 44
IV.2.6. 1. Tuméfaction 44
IV.2.6. 2. Douleur 45
IV.2.6. 3. Fièvre 45
IV.2.6. 4. Trismus 46
IV.2.6. 5. Troubles de la déglutition : dysphagie, odynophagie 46
IV.2.6. 6. Crépitations neigeuses sous cutanées 47
IV.2.7.Aspect de la lésion 47
IV.3. Sur le plan para-clinique 48
IV.3.1. Biologie 48
IV.3.2. Bactériologie 49
IV.3.3. Imagerie médicale 49
IV.3.3. 1. Tomodensitométrie 49
IV.3.3. 2. Echographie 50

IV.3.3.3. Radiographie panoramique dentaire 50
IV.3.3. 4. Radiographie thoracique 51
IV.4.Sur le plan thérapeutique..... 51
IV.4.1. Durée d'hospitalisation 51
IV.4.2. Prise en charge proprement dite..... 51
IV.4.2.1. Prise en charge médicale..... 52
IV.4.2.2. Prise en charge chirurgicale 55
IV.4.2.3.Traitement de la porte d'entrée 57
IV.4.2.4. Oxygénothérapie hyperbare 57
IV.4. Evolution 58
IV.4.1. Mortalité..... 58
IV.4.2. Complications 59
IV.4.3. Séquelles 59
CHAPITRE V : CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS 60
V.1. Conclusion..... 60
V.2. Suggestions..... 62
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... 64
ANNEXES..... 73
ANNEXE 1 : FICHE DE RECUEIL DES DONNEES..... 74
ANNEXE 2 : SERMENT DE GENEVE 77
RESUME..... 78

INTRODUCTION

Le terme de cellulite cervico-faciale désigne l'ensemble des affections bactériennes atteignant les tissus mous de la face et du cou. Cependant, elles sont à différencier des abcès, qui eux, sont bien délimités ; et des affections contenues dans un espace anatomique bien délimité comme les angines, par exemple. Les cellulites cervico-faciales sont des infections des tissus cellulo adipeux de la face et du cou qui se propagent à partir d'un foyer infectieux de voisinage et qui peuvent vite s'étendre en réalisant une nécrose extensive **[1]**.

Il s'agit d'une infection poly microbienne associant des germes aérobies et anaérobies **[2]**. Cette pathologie est fréquente chez l'adulte jeune à prédominance masculine. Dans les formes sévères, elles touchent les espaces aponévrotiques de la face et du cou marquées par une nécrose extensive qui peut réaliser de véritables mutilations, elles sont susceptibles de s'étendre jusqu'au médiastin **[3]**. Ces espaces aponévrotiques, dont le rôle physiologique est de constituer un plan de glissement pour les masses musculaires sont interconnectés ce qui favorise la diffusion rapide d'infections au départ banales.

Les espaces celluleux de la face communiquent entre eux, ce qui explique qu'à côté des formes circonscrites, les plus fréquentes, peuvent aussi se développer des formes diffusantes.

Le point d'appel est une infection banale, dentaire ou bucco pharyngée diffusant par la suite le long des cloisonnements aponévrotiques de la face et du cou, pouvant atteindre le médiastin, dans les cas extrêmes, réaliser une septicémie **[3]**.La pénétration de l'infection se fait dans le tissu cellulo-graisseux à partir de la dent ou du parodonte par voie ostéo-périostée, lymphatique, hématogène ou directe.

En effet, la santé bucco-dentaire joue un rôle non négligeable sur la qualité de vie de tout en chacun. Il existe une affection chronique et très fréquente de la dent qui sévit dans la majorité de la population de part le monde et aussi au Burundi, qui est la carie dentaire.

Cette dernière est une infection de la dent qui peut conduire à des complications potentiellement graves telle qu'une cellulite cervico-faciale **[4]**.

Le scanner cervico-facial, et voire thoracique, constitue l'examen clé pour le diagnostic positif, pour apprécier l'extension et le suivi thérapeutique **[5,6]**.

La prise en charge est multidisciplinaire, se basant sur un traitement chirurgical mais aussi sur un traitement médical.

Les complications infectieuses et respiratoires dues aux formes diffuses font toute la gravité de cette affection. Ces infections graves sont des urgences thérapeutiques, pouvant menacer le pronostic vital, ou laisser des séquelles **[6]**.

Le pronostic dépend de plusieurs facteurs dont le terrain et la rapidité de la prise en charge **[7]**.

Les cellulites cervico–faciales représentent aujourd'hui au Burundi comme ailleurs l'une des urgences ORL les plus graves, qui engagent très rapidement le pronostic vital.

La fréquence annuelle de survenue de la CCF dans les études les plus récentes menées dans le monde est non négligeable.

Dans une étude réalisée en France en 2011 **[8]**, la fréquence annuelle de la CCF était de 25 cas/ an. Dans la plupart des études menées au Maghreb, la fréquence annuelle variait entre 2 et 10 cas/an ans **[9,10, 11, 12,13].** En Afrique de l'Ouest, la CCF survient à une fréquence annuelle comprise entre 6 et 31 cas/an **[14, 15, 16, 17]**.

La fréquence annuelle la plus élevée dans la littérature est de 43 cas/an dans une étude menée au Maroc en 2013 **[18**]. Dans l'étude la plus récente sur la CCF menée au Cameroun en 2020 **[19]**, la fréquence annuelle des CCF était de 31cas/an.

Ces données démontrent que la CCF est une pathologie qui prend de l'ampleur même si elle est encore considérée comme rare dans certaines parties du monde.

Ce travail trouve son intérêt dans le fait qu'aucune étude concernant les CCF n'a été déjà faite jusqu'ici au Burundi et dans la sous-région.

0.1. Objectif général

Contribuer à l'étude des CCF au CHUK.

0.2. Objectifs spécifiques

- Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et para cliniques des CCF.

- Analyser les causes et facteurs favorisants.

- Exposer les aspects thérapeutiques et les complications des CCF.

- Rapporter l'expérience du service ORL du CHUK et la comparer à celle de la littérature.

CHAPITRE I: GENERALITES

I.1. Rappels anatomiques

Les cellulites se développent dans les espaces de glissement à contenu cellulo - adipeux des régions cervico-faciales englobant les loges qui communiquent entre elles de la base du crâne au diaphragme **[20]**. En effet, ces espaces constitués de tissu cellulo adipeux sont inoculables par les multiples infections du voisinage et ils ont un rôle pathologique essentiel dans la propagation de l'infection **[21,22]**.

On distingue plusieurs régions ou loges anatomiques cervico -faciales communiquant entre elles, plus ou moins largement par des hiatus comblés de tissu cellulo – graisseux **[22,23]**.

I.1.1. Régions faciales

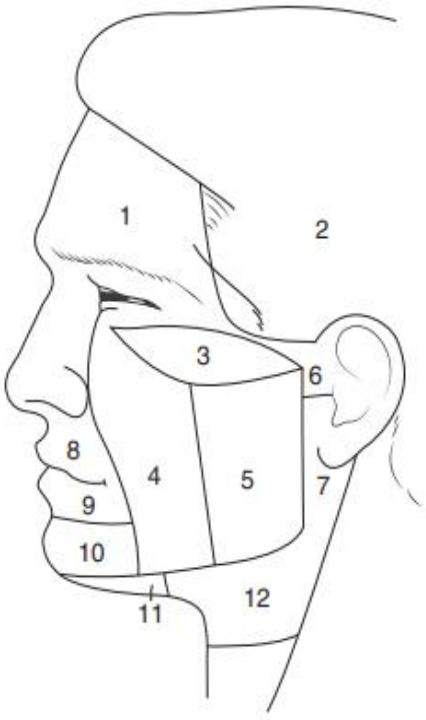


Figure 1: Régions superficielles de la face [24]

1- Région frontale

2-Région temporale

3- Région malaire

7- Région parotidienne

8- Région labiale supérieure

9- Région labiale inférieure

4- Région génienne

5- Région massétérine

6- Région temporo - mandibulaire

10- Région mentonnière

11- Région sous mentale

12- Région sous mandibulaire

I.1.2. Régions cervicales

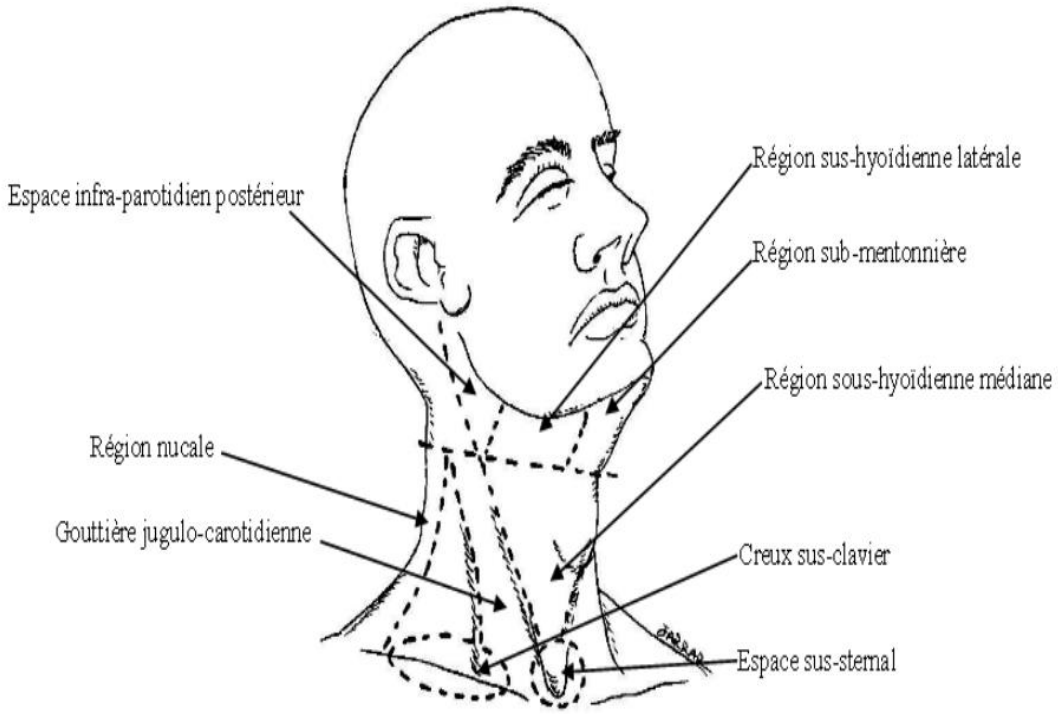


Figure 2: Régions du cou [24]

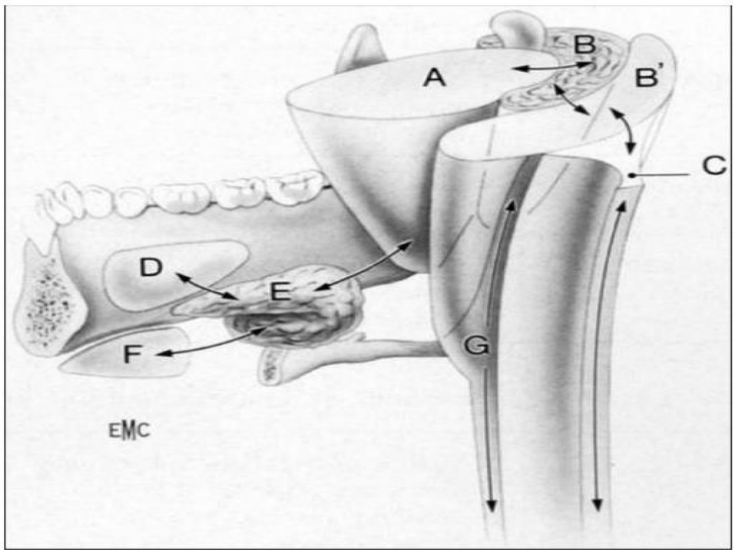


Figure 3 : Communications des espaces cervicaux [25]

A. Fosse infratemporale. **B.** Loge parotidienne. **B'.** Espaces parapharyngéspréstylien et rétrostylien. **C.** Espace retropharyngé et prévertebraux. **D.** Espace sublingual. **E.** Loge submaxillaire. **F.** Espace sous mental. **G.** Espace carotidien. Diffusion des atteintes (**flèches**).

I.2. Rappels cliniques

I.2.1. Etiologie

- Les causes dentaires : complication d'une carie dentaire ou d'une avulsion dentaire, soins dentaires mal conduits **[20,24 ,26 ,27].**
- Les causes péri-dentaires : il s'agit principalement de l'infection parodontale ou d'une péri-coronarite **[28]**.
- Les autres causes : les causes amygdaliennes, post traumatiques, ou une infection d'un organe de voisinage **[29]**.

I.2.2. Facteurs favorisants

- Le terrain : diabète, état d'immunodépression, alcoolisme chronique, tabagisme **[30].**
- Les anti-inflammatoires : Les corticoïdes et les AINS ont un effet immunosuppresseur sur les mécanismes de défenses contre l'infection **[31].**
- Antibiothérapie inefficace : La prescription d'une antibiothérapie inactive sur les anaérobies constitue un autre facteur favorisant le développement d'une infection anaérobie grave **[30].**

I.2.3. Formes cliniques

Il s'agit des formes évolutives et des formes topographiques

I.2.3.1. Formes évolutives

Il existe des cellulites aiguës qui peuvent rester circonscrites ou qui peuvent rapidement diffuser, et des cellulites subaiguës et chroniques.

1. Les cellulites aiguës circonscrites

Il existe trois formes anatomo-pathologiques **[32]**:

- **La cellulite séreuse** :

Les signes généraux sont nuls ou peu marqués **[33].**

C'est le stade initial purement inflammatoire. Les signes présents peuvent être une douleur dentaire ou un trismus.

- **La cellulite suppurée :**

Elle succède à la forme séreuse; c'est le stade d' abcédation caractérisé par des signes locaux et généraux d'un abcès chaud.

- L'évolution peut être diverse en l'absence de traitement correct **[34,35]:**
  - fistulisation spontanée à la peau ou à la muqueuse ;
  - migration dans l'espace celluleux voisin ;
  - passage à la chronicité.

- Les complications peuvent être **[36, 37,38]** :
  - Locales: diffusion locale et ostéite corticale
  - Régionales: cellulite aiguë diffusée; thrombophlébite cervico -faciale; sinusite d'origine dentaire; arthrite temporo -mandibulaire.
  - Générales: septicémies endocardite bactérienne de cause dentaire.

- **La cellulite gangreneuse**

C'est une forme rare, caractérisée par une gangrène localisée, une destruction tissulaire par nécrose **[39,40].**

Cliniquement, les signes généraux sont très importants mais non en faveur d'une toxi infection profonde liée à la diffusion des produits de dégradation tissulaire et des toxines microbiennes. Il s'agit d'une cellulite suppurée avec des crépitations perceptibles à la palpation **[41].**

2. Les cellulites aiguës diffusées:

Il faut distinguer **[42]:**

- les cellulites diffusées qui représentent l'extension des cellulites circonscrites; c'est une complication des cellulites aigues circonscrites.
- les cellulites diffuses d'emblée ou cellulites malignes, redoutables et de pronostic grave
- Les cellulites diffuses qui s'installent rapidement sans phase de latence tout comme la cellulite gangreneuse.

Sur le plan général, ces cellulites diffuses sont caractérisées par un choc toxi infectieux grave avec des frissons, transpiration, dissociation entre le pouls et la température, polypnée, pâleur, hypotension artérielle **[39,43].**

I.2.3.2. Formes topographiques

Elles occupent la zone anatomique dont elles portent le nom:

- **Les cellulites péri-mandibulaires**

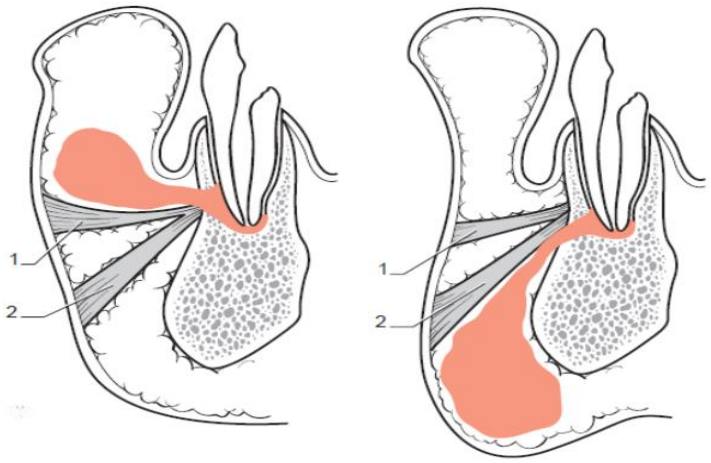


Figure 4 : Cellulite labiale inférieure et mentonnière [26]

1- Muscle carré du menton 2- Muscle de la houppe du menton

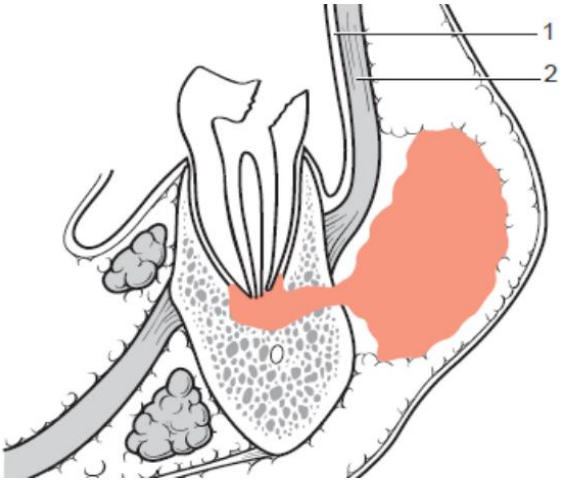


Figure 5 : Cellulite génienne basse [26]

1- Muqueuse vestibulaire 2- Muscle buccinateur

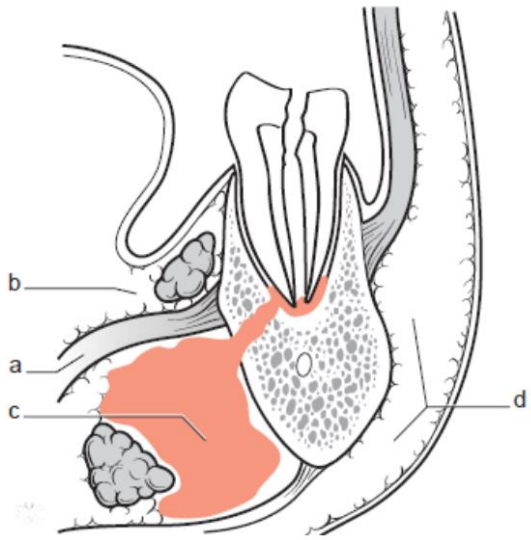


Figure 6 : Cellulite sous mylo-hyoïdien[26]

a -Muscle mylohyoïdien b -Loge sub linguale c -Loge sous maxillaire

d- fusée sous cutanée

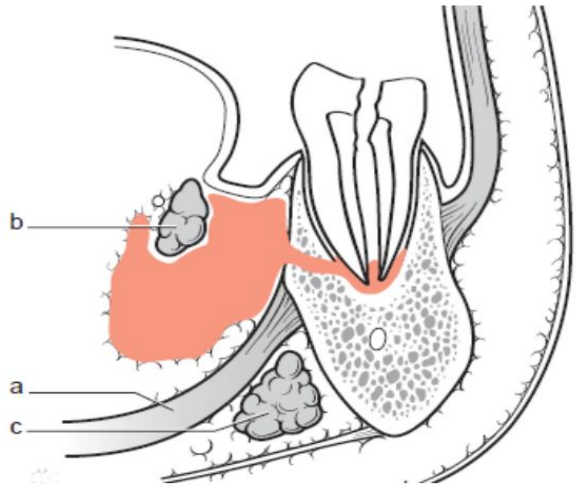


Figure 7 : Cellulite sus mylo-hyoïdien [26]

a -Muscle mylohyoïdien b -Glande sub linguale c -Glande sous maxillaire



Figure 8 : Cellulite massétérine [26]

- **Cellulites péri-maxillaires**

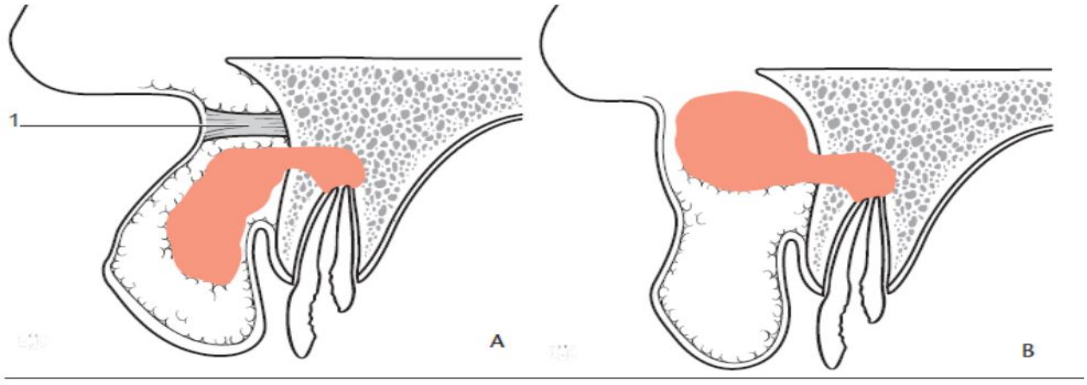
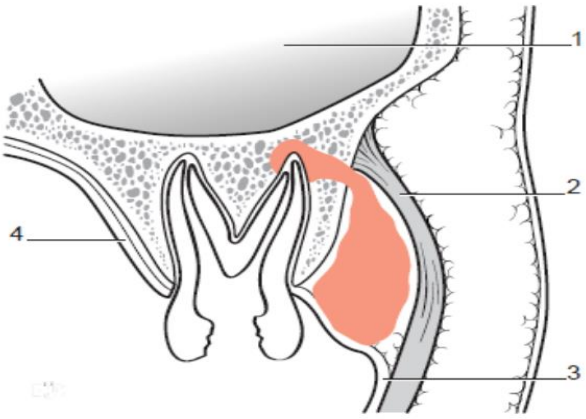


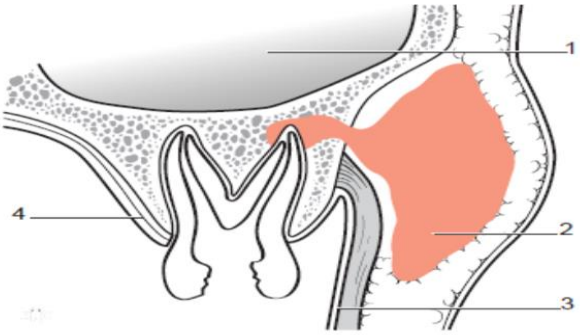
Figure 9 : Cellulite labiale supérieure et cellulite sous narinaire [26]

1- Muscle myrtiforme



1. Sinus maxillaire ; 2. muscle buccinateur ; 3. muqueuse ; 4. fibromuqueuse palatine.

Figure 10 : Cellulite vestibulaire [26]



1. Sinus maxillaire ; 2. muscle buccinateur ; 3. muqueuse vestibulaire ; 4. fibromuqueuse palatine.

Figure 11 : Cellulite jugale [26]

- **Cellulite cervicale**



Figure 12: Cellulite cervicale étendue au thorax avec nécrose cutanée [9]

CHAPITRE II : MATERIELS ET METHODES

II.1. Matériels

II.1.1. Lieu d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service d'ORL du CHU Kamenge.

II.1.2. Population cible

Les onze patients qui font objet de notre étude ont été retenus à partir d'une série de quinze cas colligés au niveau du service d'ORL au CHU Kamenge pour CCF.

II.1.3. Critères d'éligibilité

- **Critères d'inclusion :**

Sont inclus dans notre étude les patients ayant été hospitalisés pour CCF au CHU Kamenge durant notre période d'étude.

- **Critères d'exclusion :**

Ont été exclus de l'étude:

-les patients qui ont été soignés en ambulatoire.

-les patients dont les dossiers médicaux n'ont pas été retrouvés. Ainsi, 4 patients dont les dossiers étaient introuvables ont été exclus de notre étude.

II.2. Méthodes

II.2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a porté sur une série de 11 patients traités au CHU Kamenge pour CCF.

II.2.2. Période d'étude

Cette étude a été faite sur une période de 2 ans, allant du 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2018.

II.2.3. Recueil des données

Il a été fait à l'aide d'une fiche de recueil de données préétablie (voir dans les annexes) et les informations nécessaires au remplissage de la fiche ont été retrouvées en faisant recours au registre d'hospitalisation et aux dossiers des malades.

Les données ainsi recueillies, nous ont permis d'obtenir les résultats de notre étude, exposés dans le chapitre suivant.

Cette étude consiste en une analyse rétrospective des données contenues dans les dossiers des malades permettant de déterminer:

-les données épidémiologiques

-les données cliniques et para cliniques

-les moyens diagnostiques et thérapeutiques

II.2.4. Saisie et traitement des données

La saisie et le traitement des données recueillies ont été faites à l'aide d'une calculatrice et des logiciels Microsoft Office Word 2007 et Microsoft Office Excel 2007.

II.2.5. Présentation des références

Dans notre travail, les documents ayant servi de référence ont été classés selon le système Vancouver (dans ce système, les références sont numérotées selon l'ordre d'apparition dans l'article sans se soucier de l'alphabet. Lorsqu'une référence est citée plusieurs fois, elle garde la même numérotation).

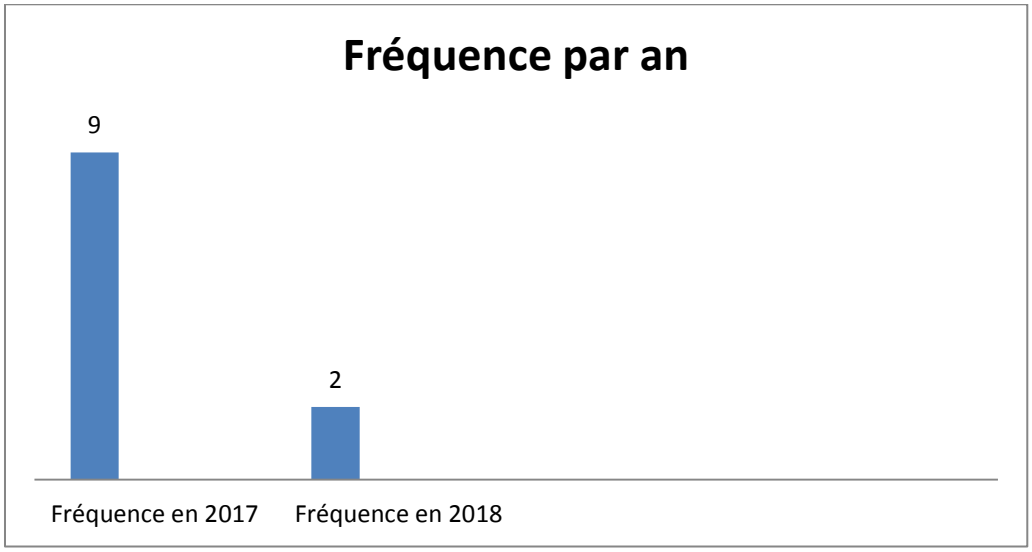
II.2.6. Limites de notre étude

4 dossiers médicaux des patients n'ont pas été retrouvés, et 5 dossiers étaient incomplets.

CHAPITRE III : RESULTATS

III.1. Données socio- démographiques

III.1.1. Fréquence

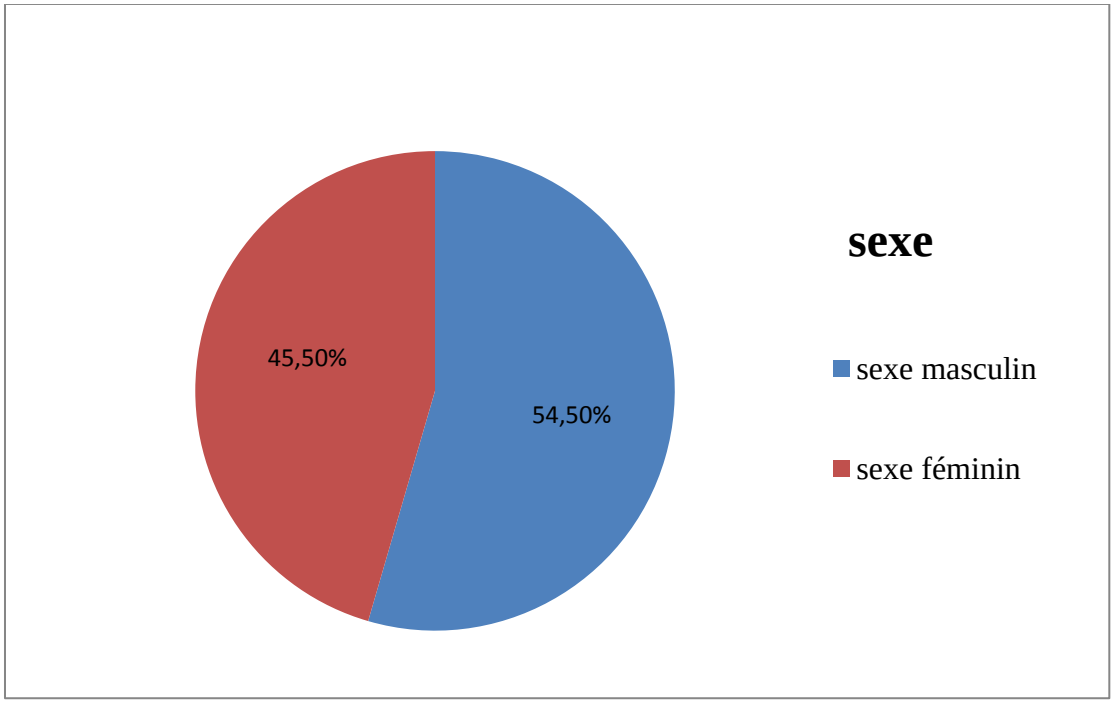


Graphique 1 : Répartition des patients sur les 2 années d'étude

Durant la période de notre étude, 11 cas de cellulites ont été enregistrés, avec une fréquence de 5 cas/ an.

La fréquence la plus élevée était de 9 cas de cellulite en 2017, alors qu'il y avait 2 cas en 2018.

III.1.2. Sexe



Graphique 2 : Répartition des cas selon le sexe

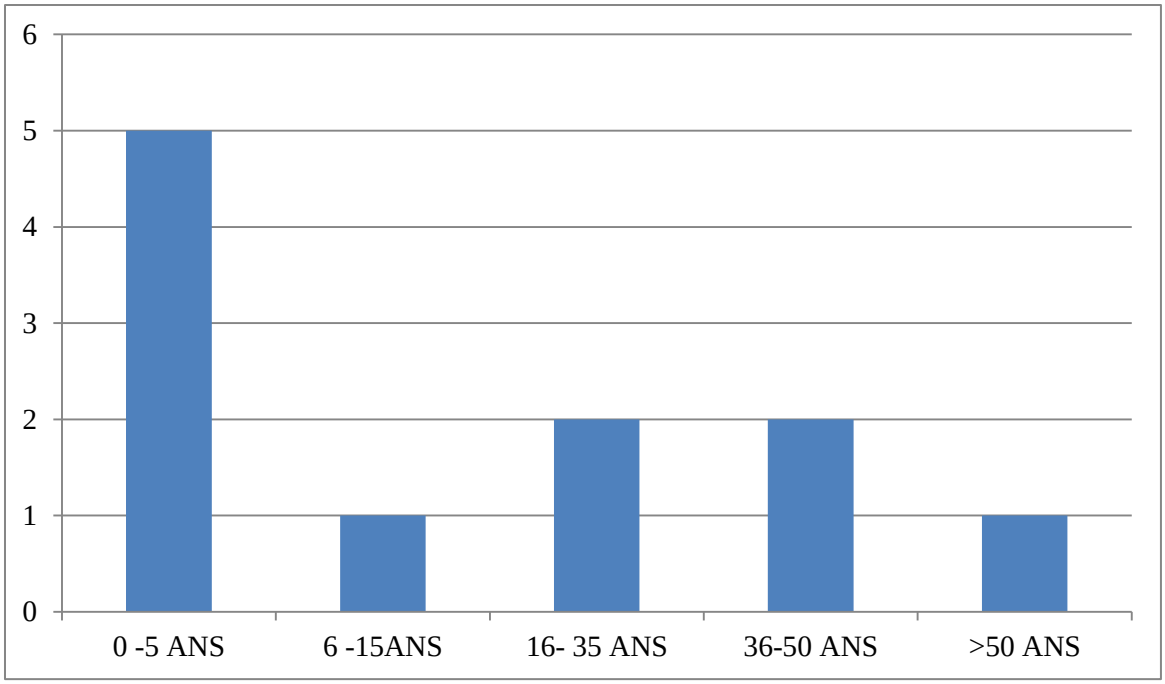
Dans notre étude, sur les 11 patients colligés ,6 parmi eux étaient de sexe masculin soit 54,5% et, 5 étaient de sexe féminin, soit 45,5%.

Le sexe masculin prédomine avec un sex ratio= 1,19 en faveur des hommes.

III.1.3. Age

Tableau I: Répartition des cas selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
0-5 ans	5	45,4
6 -15 ans	1	9,1
16 – 35 ans	2	18,2
35-50 ans	2	18,2
> 50 ans	1	9,1
Total	11	100



Graphique 3: Répartition des cas selon la tranche d'âge

Dans notre série, 5 patients avaient un âge compris entre 0 et 5 ans soit, 45,4% des cas. La tranche d'âge de 6 à 15 ans était représentée par 1 seul patient, soit 9,1%. 2 patients avaient un âge compris entre 16 et 35 ans, soit 18,2% ; 2 patients avaient un âge compris entre 36 et 50 ans (18,2%) et 1 patient avait plus de 50 ans (9,1%).

L'âge moyen était de 20 ans, avec des extrêmes allant d'1 an à 58 ans. Le pic de fréquence se situait dans la tranche d'âge de 0 à 5 ans (45,5%).

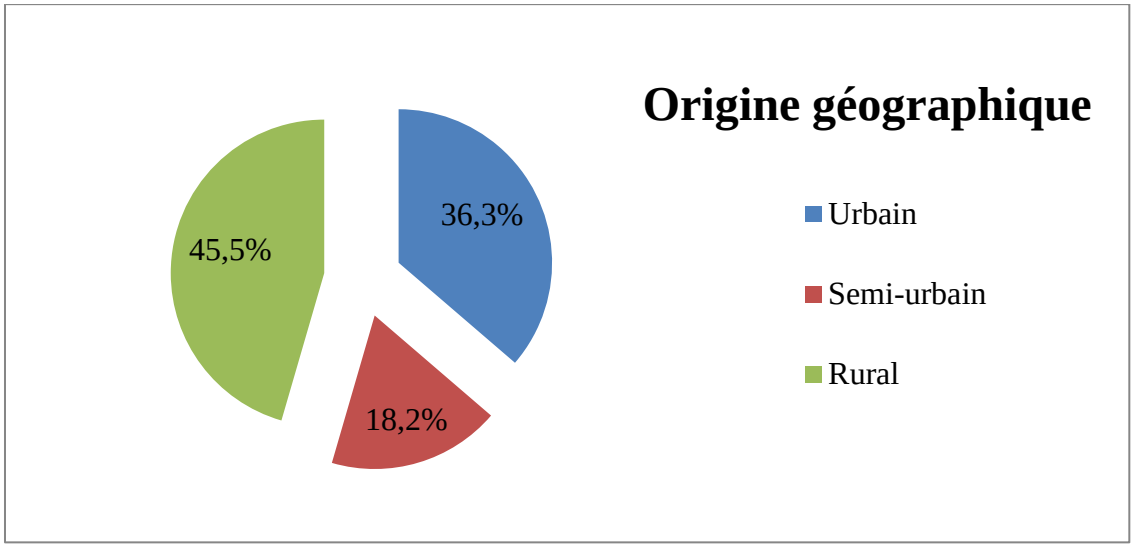
III.1.4. Origine géographique

Tableau II : Répartition des patients selon la province d'origine

Province	Effectif	Pourcentage
Bubanza	4	36,3
Bujumbura Mairie	3	27,3
Cibitoke	3	27,3
Bujumbura Rural	1	9,1
Autres provinces	0	0
Total	11	100

Dans notre étude, la province de Bubanza était la plus représentée avec 4 patients soit 36,3%, suivie des provinces Bujumbura Mairie et Cibitoke représentées chacune par 3 patients soit 27,3% par province. La province la moins représentée était celle de Bujumbura Rural avec 1 patient soit 9,1%.

Nous avons constaté que 5 patients (45,5%) venaient du milieu rural, 2 patients (18,2%) venaient du milieu semi-urbain et 4 patients venaient du milieu urbain (36,3%)



Graphique 4: Répartition des patients selon l'origine géographique

III.1.5. profession

Tableau III : Répartition des patients selon la profession

Profession	**Pourcentage**
Cultivateur	27,3
Policier	9,1
Sans profession	63,6
Total	100

Dans notre série, 3 patients (27,3%) étaient des cultivateurs ,1 patient (9,1%) était un policier. 1 patient (9,1%) était sans emploi et 6 patients soit 54,5% des cas n'étaient pas encore en âge de travailler.

III.2. Données cliniques

III.2.1. Motif de consultation

Tableau IV : Répartition des cas selon le motif de consultation

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage
Tuméfaction	3	27,2
Tuméfaction douloureuse	1	9,1
Tuméfaction + plaie	2	18,2
Tuméfaction douloureuse + otorragie	1	9,1
Tuméfaction douloureuse + fièvre	1	9,1
Douleur	1	9,1
Otorrhée + trismus	1	9,1
Plaie nécrotique cervicale	1	9,1
Total	11	100

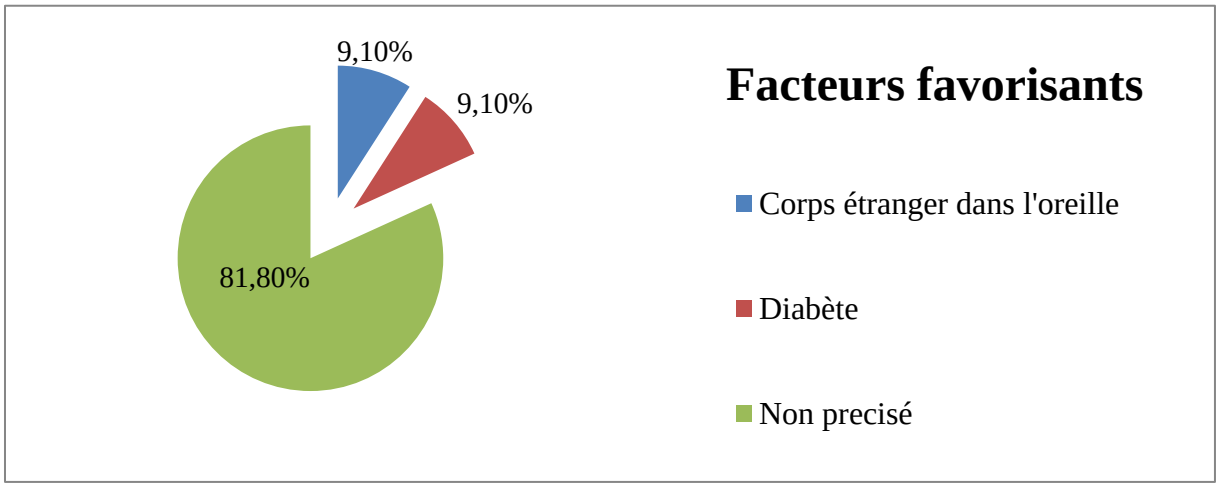
Les motifs de consultation les plus fréquents étaient la tuméfaction cervico-faciale (isolée ou associée à un autre signe), évoquée par 8 patients de notre étude (72,7%) ; et la douleur qui avait été évoquée dans 4 cas de cellulite (36,3%).

Outre la tuméfaction et la douleur, les autres plaintes retrouvées étaient une fièvre, un trismus, une otorrhée, une otorragie et une plaie.

III.2.2. Facteurs favorisants

Tableau V : Répartition des patients selon le facteur favorisant

Facteur favorisant	Nombre de cas	Pourcentage
Corps étranger dans l'oreille	1	9,1
Diabète	1	9,1
Non précisé	9	81,8
Total	11	100



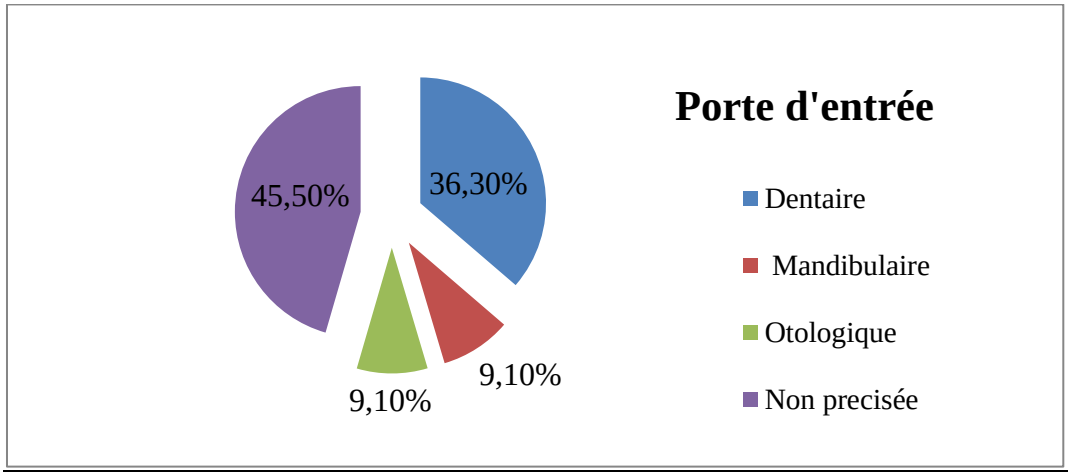
Graphique 5 : Répartition des cas selon les facteurs favorisants

Dans notre série, les facteurs favorisants retrouvés étaient la présence d'un corps étranger dans l'oreille dans 9,1% des cas et le diabète dans 9,1% de cas également. Le facteur favorisant été non précisé dans 81,8% des cas.

III.2.3. Porte d'entrée

Tableau VI : Répartition de la population selon la porte d'entrée

Porte d'entrée	Nombre de cas	Pourcentage
Dentaire	4	36,3
Mandibulaire	1	9,1
Otologique	1	9,1
Non précisée	5	45,5
Total	**11**	**100**

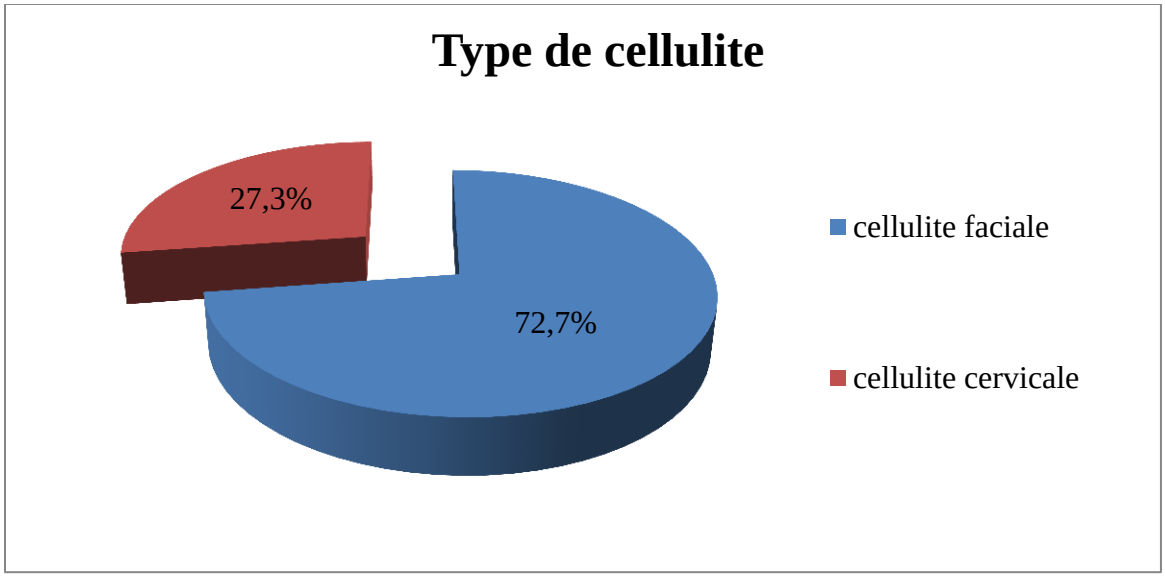


Graphique 6 : Répartition des cas selon la porte d'entrée

Le point de départ de la cellulite était dentaire (carie dentaire, extraction dentaire) chez 4 patients (36,3%) ; un abcès mandibulaire chez 1 patient (9,1%). Une porte d'entrée otologique était retrouvée chez 1 patient (corps étranger dans l'oreille) soit 9,1% des cas.

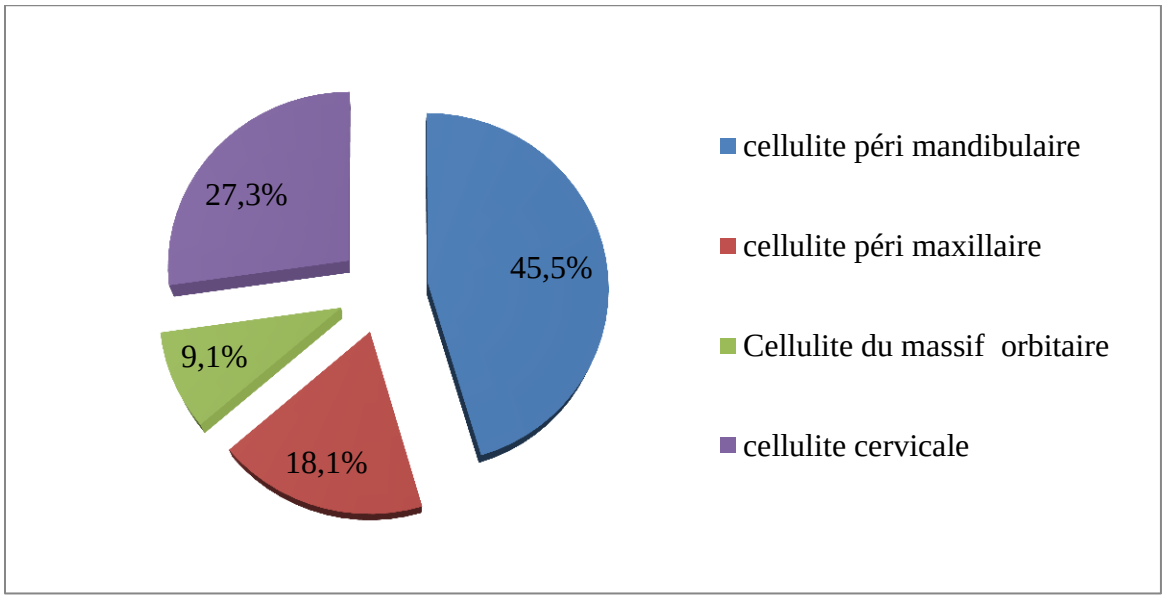
Dans notre étude, l'origine de la cellulite était non précisée chez 5 patients soit 45,5% des cas.

III.2.4. Localisation de la cellulite



Graphique 7 : Répartition des cas selon le type de cellulite

Dans notre série, 8 parmi les patients avaient une cellulite faciale soit 72,7 % et les 3 restants avaient une cellulite cervicale, soit 27,3%.



Graphique 8 : Répartition des cas selon la topographie de la cellulite

Parmi les cellulites faciales :

- 5 cellulites péri mandibulaires soit 45,5% :

1cellulite sus mylo-hyoïdienne (9,1%) ,2 cellulites sous mylo-hyoïdiennes (18,2%), 1 cellulite sous mentonnière (9,1%) ,1 cellulite de la région parotidienne (9,1%).

- 2 cellulites péri maxillaires (jugales) soit 18,1%.
- 1 cellulite du massif orbitaire soit 9,1%.

III.2.5. Délai de consultation

Tableau VII : Répartition des patients selon le délai de consultation

Délai de consultation	Effectif	Pourcentage
0 – 1 semaine	4	36,3
2 semaines	2	18,2
Non déterminé	5	45,5
Total	11	100

Le délai moyen de consultation est de 7,16 jours.

III.2.6. Manifestations cliniques

Tableau VIII: Répartition des patients en fonction des manifestations cliniques

Signe clinique	Effectif	Pourcentage
Tuméfaction	8	72,7
Douleur	4	36,3
Fièvre	4	36,3
Trismus	2	18,2
Otorragie + perforation du tympan + paralysie faciale droite	1	9,1
Otorrhée	1	9,1

La tuméfaction était le signe physique le plus rencontré dans notre série; 8 patients présentaient ce signe, soit 72,7%.

La douleur était retrouvée chez 4 parmi les patients soit 36,3 %.

La fièvre avait été retrouvée chez 4 des patients soit 36,3%.

Le trismus était présent chez 2 patients soit 18,2%.

A l'examen de la sphère ORL, une perforation du tympan avec otorragie et une paralysie faciale avaient été retrouvée chez 1 patient (9,1%) et ; une otorrhée (non caractérisée) chez 1 des patients également (9,1%).

Tableau IX: Répartition des cas selon l'aspect de la lésion

Aspect de la lésion		**Effectif**	**Pourcentage**
Tuméfaction		1	9,1
Collection purulente		4	36,3
Abcès fistulisé	**sans nécrose**	2	18,2
	avec nécrose	1	9,1
Cellulite chronique avec perte de substance grade 3		1	9,1
Paralysie faciale droite+ perforation du tympan		1	9,1
Non caractérisée		1	9,1

L'examen clinique, avait révélé différents aspects de lésions :

- Une tuméfaction isolée chez 1 patient (9,1%) ;
- Une collection purulente chez 4 patients (36,3%) ;
- Un abcès fistulisé chez 3 patients (36,3%) ; avec des zones de nécrose péri lésionnelle retrouvées chez 1 des patients (9,1%) ;
- Une cellulite cervicale chronique avec perte de substance grade 3 chez 1 patient (9,1%) ;
- Une paralysie faciale et perforation du tympan chez 1 patient (9,1%) ;
- Non caractérisée chez 1 patient (9,1%).

Tableau X : Répartition des cas selon le stade de la cellulite

Stade de la cellulite	Effectif	Pourcentage
Cellulite séreuse	1	9,1
Cellulite suppurée	4	36,3
Cellulite fistulisée	2	18,2
Cellulite fistulisée + nécrose	1	9,1
Cellulite chronique	1	9,1
Non précisé	2	18,2
Total	11	100

La forme suppurée était la plus représentée avec 36,3% des cas. La cellulite était fistulisée dans 27,2% et présentait une zone de nécrose dans 9,1% des cas. La cellulite séreuse et chronique avaient été retrouvées dans 9,1% chacune. Dans 18,2% des cas, le stade de la cellulite n'avait pas été précisé.

III.3. Données biologiques et radiologiques

- Concernant la biologie :

Dans notre série, les examens biologiques ont été réalisés uniquement chez 5 patients.

Les résultats obtenus étaient les suivants :

La NFS a été demandée chez 5 patients. Le résultat était une hyperleucocytose chez 2 patients et une anémie chez 2 patients âgés de moins de 5 ans.

-La CRP faite chez 2 patients était positive.
-la VS faite chez 1 patient était accélérée à la première et à la deuxième heure.
-La glycémie a été demandée chez 3 patients. Une hyperglycémie a été objectivée chez 1 patient.

La sérologie VIH avait été réalisée chez 1 patient mais le résultat n'a pas été retrouvé.

- Aucun examen bactériologique fait n'a été retrouvé dans les dossiers des malades.

- Pour l'imagerie :

  - Une radiographie standard du crâne, et une radiographie pulmonaire ont été demandées chacune chez un seul patient (dans 9,1% chacune).

  - Une échographie thoracique a été faite chez un patient soit 9,1%.

III.4. Modalités thérapeutiques

III.4.1. Durée d'hospitalisation

La durée de séjour en hospitalisation variait entre 3 jours et 56 jours avec une moyenne de 14 jours.

III.4.2. Prise en charge proprement dite

Tableau XI : Répartition des patients selon les modalités de traitement

Modalité de traitement	Pourcentage
Réanimation	9,1
Chirurgicale	81,8
Médicale	100
Traitement de la porte d'entrée	54,5
Soins locaux	100

Dans notre expérience, le traitement des CCF comportait 3 volets principaux :

- Le traitement chirurgical : incision et drainage des collections et traitement de la porte d'entrée.
- Le traitement médical.
- Les soins locaux

La prise en charge des CCF était dans la plupart des cas médicochirurgicale (81,8%).

III.4.2.1. Traitement médical

A) L'antibiothérapie

Il s'agissait d'une antibiothérapie probabiliste par voie parentérale visant surtout le streptocoque**,** le staphylocoque doré et les anaérobies.

Tous les 11 patients de notre étude avaient bénéficié d'une antibiothérapie à large spectre au cours de leur traitement.

Tableau XII : Répartition des patients selon l'antibiothérapie instaurée

Protocole antibiotique	Effectif	Pourcentage
Ampicilline + Gentamycine + Metronidazole	4	36,4
Ampicilline + Gentamycine	3	27,2
Cefotaxime + Gentamycine + Metronidazole	1	9,1
Cefotaxime + Metronidazole	1	9,1
Cefotaxime + Metronidazole + Amoxicilline-acide clavulanique	1	9,1
Amoxicilline-acide clavulanique	1	9,1
Total	11	100

Il s'agissait d'une antibiothérapie probabiliste par voie parentérale visant surtout le streptocoque**,** le staphylocoque doré et les anaérobies.

Tous les 11 patients de notre étude avaient bénéficié d'une antibiothérapie à large spectre au cours de leur traitement.

Les doses des antibiotiques étaient :

- Ampicilline 50mg/kg/jr en 3 prises (dose pédiatrique) ,1g toutes les 8heures chez les adultes en IVD.

- Amoxicilline et C3G(Cefotaxime): 100mg / kg / j en 3 prises en IVD.

- Gentamycine: 2à3 mg / kg / j en une seule prise en IM.

- Metronidazole : 60 mg / kg / j en trois prises.

B) La corticothérapie

3 parmi les patients de notre étude (27,3%) avaient bénéficié d'une corticothérapie à base d'hydrocortisone en IVD.

C) Les AINS

Dans notre série, 4 patients soit 36,3%, avaient reçu du diclofenac. Ce dernier était associé à un antalgique du pallier II (tramadol) chez 3 patients soit 27,3%.

D) Les antalgiques

Dans notre étude, 6 patients en tout (54,5%) avaient bénéficié d'un traitement contre la douleur. Le tramadol, antalgique de niveau II, était la molécule la plus utilisée (36,3%). Le paracétamol (niveau I) avait été administré à un seul patient (9,1%). L'association paracétamol-tramadol avait été également prescrite à un seul patient soit 9,1%.

E) Les antipyrétiques

5 patients de notre étude (45,5%) avaient bénéficié d'un médicament contre la fièvre. L'antipyrétique employé était la Noramidopyrine dans 3 cas soit 27,3% et le paracétamol dans 2 cas soit 18,2%

III.4.2.2. Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical concernait les cellulites collectées et/ou avec lésions nécrotiques. Il consistait principalement en une incision et drainage des collections, et excisions des tissus nécrosés.

9 des patients de notre étude (81,8%) avaient bénéficié d'un traitement chirurgical:

- ✓ Une incision et un drainage des collections ont fait l'objet du traitement chirurgical chez 7 patients de notre étude soit 63,4%.
- ✓ Une incision et un drainage associés à une excision des tissus nécrosés ont été faits chez 1 patient soit 9%.
- ✓ Une exploration à l'otoscope devant un corps étranger dans l'oreille avait été faite au bloc opératoire et sous anesthésie générale chez 1 des patients soit 9%.

III.4.2.3. Traitement de la porte d'entrée

Dans notre série, 6 patients (54,5%) avaient bénéficié d'un traitement de la porte d'entrée.
Parmi eux, 5 patients soit 45,4% des cas avaient été suivis en stomatologie pour prise en charge des causes dentaires.

Pour le cas de cellulite avec porte d'entrée otologique (9,1%), on avait procédé à la levée du corps étranger qui siégeait dans l'oreille et qui constituait le point de départ de l'infection.

III.4.2.4. Soins locaux

Tous les 11 patients de notre étude ont bénéficié des soins locaux durant leur séjour en hospitalisation.

III.4.3. Evolution

Aucun cas de décès n'a été enregistré dans notre série. L'évolution a été favorable chez tous les patients.

CHAPITRE IV : DISCUSSION, COMMENTAIRES ET REVUE DE LA LITTERATURE

Les résultats de notre étude rétrospective à propos de 11 cas de CCF suscitent quelques commentaires.

IV.1. Sur le plan socio démographique

IV.1.1. Sexe

Dans notre série le sexe masculin prédominait avec 6 patients soit 54,5% et le sexe féminin était représenté par 5 patients soit 45,5%.Le sexe ratio est de 1,19 en faveur des hommes.

Cette prédominance masculine est aussi retrouvée chez bon nombre des auteurs :

Tran Ba Huy P. et al. [8] en France en 2011, avait trouvé que la population de leur étude était composée de 87 hommes soit 58 % contre 63 femmes soit 42 %.

Odzili I. et al [14] en 2014 dans leur étude à propos de 67 cas de CCF gérés à l'hôpital universitaire de Brazzaville, avaient trouvé que les hommes prédominaient à 70%.

Rouadi S. et al [18] au Maroc, dans leur étude réalisée en 2013 au service ORL de l'hôpital 20 Aout 1953 de Casablanca à propos de 130 cas de CCF, avaient trouvé une prédominance masculine avec 57% des cas.

Illé S. et al [44] au Niger en 2018, dans leur étude sur les CCF au Service D'ORL et chirurgie cervico-faciale de l'Hôpital National de Niamey avaient recensé 11 cas masculins contre 6 cas féminins soit 64,7% d'hommes contre 35,3% de femmes.

Mamoune A. et al [45] en Algérie en 2014, avaient trouvé dans leur étude une prédominance masculine avec 56% d'hommes.

Quelques auteurs en revanche, avaient trouvé une prédominance féminine en l'occurrence **Miloundja J.et al** et **Kpemissi E. [15,46]**.

Certains auteurs expliquent cette prédominance masculine par la mauvaise hygiène bucco-dentaire fréquente chez l'homme due au tabagisme et l'alcoolisme **[14,16, 46,47, 48,49]**

Tableau XIII: Tableau comparatif des résultats

Etude	Proportion d'hommes	Proportion de femmes
Rouadi S. et al	57	43
Odzili I. et al	70	30
Ille S. et al	64,7	35,3
Mamoune A. et al	56	44
Tran Ba Huy P. et al	58	42
Miloundja J. et al	44	56
Kpemissi	42	58
Notre série	54,5	45,5

IV.1.2. Age

Dans notre série, la plupart des patients avaient un âge très jeune, la tranche d, âge la plus représentée était celle de 0-5ans avec 45,5% des cas. Dans plusieurs autres études par contre, c'est la tranche d'âge de 20- 40 ans qui était la plus représentée **[10, 15,18, 45, 50]**

Dans notre étude, l'âge moyen est de 20 ans avec des extrêmes de 1 an et 58 ans.

Nos résultats sont comparables à ceux retrouvés dans d'autres études **[10, 15,17, 19,45].**

En considérant l'âge moyen retrouvé dans les autres séries, celui de notre étude est le plus bas. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces patients vivaient dans des conditions socio-économiques très précaires, ce qui serait à l'origine d'une malnutrition qui conduirait à un état d'immunodépression ; et aussi par le fait de la fragilité du système immunitaire chez les sujets de bas âge, d'emblée.

Tableau XIV: Age moyen dans les différentes séries

Etude	Age moyen (ans)
Mohamed	22
Mamoune et al	26
Zaghré N. et al	27
Miloundja J. et al	28
Rouadi S. et al	31
Atanga L. et al	32
Notre série	20

Cependant, certains auteurs avaient trouvé un âge moyen plus avancé:

Tran Ba Huy P. et al [8] en France en 2011, avaient trouvé dans leur série, un âge moyen de 49 ans avec des extrêmes de 17 à 93 ans.

Potard G. et al [51] en 2003 quant à eux, avaient trouvé dans leur étude, un âge moyen de 51 ans.

Nous concluons que les CCF surviennent souvent à un âge jeune ; voire très jeune, ce qui constitue une particularité dans notre étude. Mais aussi, qu'elles peuvent survenir à un âge avancé.

IV.1.3. Origine géographique

Dans notre série, 45,5% des patients étaient d'origine rurale, 36,3% étaient d'origine urbaine et 18,2% étaient d'origine semi-urbaine.

Nos résultats contrastent légèrement avec ceux retrouvés au Maroc par :

Haouane M. [11] en 2018, dans son étude sur les CCF à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, qui avait trouvé que l'origine rurale était représentée à 68% et l'origine urbaine à 32%.

Lkadi N. et al [50] en 2011, dans sa thèse sur les cellulites cervicales, qui avait constaté que 29 patients sur 50 étaient d'origine rurale, soit 58%.

En effet, dans notre série, l'origine urbaine et l'origine semi-urbaine sont les plus représentées (54,5%), ceci s'explique par l'emplacement même du CHUK qui reçoit principalement des patients en provenance de la Mairie de Bujumbura et des provinces frontalières de celle-ci.

IV.1.4. Niveau socio-économique

Dans notre étude, 5 parmi les 11 patients (45,5%) étaient des enfants de moins de 5 ans qui n'ont donc pas de revenu.

Cependant, leur prise en charge ne pose pas problème, car il existe dans notre pays, une politique de gratuité des soins médicaux chez les enfants de moins de 5 ans, mise en vigueur depuis l'an 2005.

D'un autre côté, selon le rapport annuel du PNUD sur le développement humain durable édition 2019 **[52]**, le Burundi est le 2ème pays le plus pauvre du monde

avec un PIB de 310$ /habitant/ an ; l'économie du pays étant dominée par le secteur informel à 90%.

Par conséquent, la majorité de la population burundaise n'a pas facilement accès aux soins de santé. Ainsi, les patients de notre étude auraient eu des difficultés à consulter à temps en cas de pathologie bucco-dentaire d'allure bénigne comme par exemple une carie dentaire, attendant l'aggravation de la maladie pour se faire soigner.

Ceci rejoint les résultats de certaines études comme celle de :

Kpemissi E. [46] sur les CCF d'origine bucco-dentaire au CHU de Lomé, qui avait constaté que 65,38% des patients étaient issus de la classe socio-économique nécessiteuse.

Lkadi N. et al [50] en 2011 au Maroc, qui avait noté 60% des cas ayant un niveau socio-économique bas.

IV. 2. Sur le plan clinique

Le diagnostic d'une cellulite cervico-faciale est clinique basé sur la conjonction d'un état infectieux grave et de signes physiques cervico-faciaux.

IV.2.1. Motif de consultation

Dans notre série, les plaintes les plus évoquées étaient la tuméfaction cervico-faciale chez 8 patients soit 72,7% des cas et, la douleur dans 36,3% des cas.

Les autres plaintes, plutôt moins fréquentes étaient : une plaie chez 2 patients soit 18,2 % de cas ; et une fièvre, un trismus, une otorrhée, une otorragie, tous dans 9,1% de cas.

La tuméfaction cervico-faciale était aussi le motif de consultation le plus fréquent dans d'autres études :

Haouane M. [11] dans sa thèse, avait trouvé que 100% des cas se plaignaient d'une tuméfaction cervico-faciale et que cette dernière était douloureuse dans 87,5% de cas.

Ghammam M. et al [12] en 2019 en Tunisie, dans leur étude sur les CCF à propos de 82 cas, avaient trouvé que le principal motif de consultation des

patients était une tuméfaction cervico-faciale dans 95 % des cas. L'odynophagie était présente dans 11% des cas.

Njifou N. et al [16] en 2014, dans leur étude sur les CCF en milieu hospitalier camerounais avaient noté que les principales plaintes étaient la tuméfaction inflammatoire cervico-faciale dans 100% des cas, la fièvre dans 82,27% et la dysphagie dans 69,62%.

Rouadi S. et al [18] avaient trouvé dans leur étude que la tuméfaction cervicale était la plainte la plus évoquée, soit dans 97% des cas. Le trismus était retrouvé dans 37,6% de cas.

La faible proportion de patients se plaignant de tuméfaction cervico-faciale dans notre série pourrait être due au fait que la plupart des cellulites se seraient déjà fistulisées avant la consultation.

IV.2.2. Facteurs favorisants

Dans notre série, les facteurs favorisants retrouvés étaient un corps étranger siégeant dans l'oreille et un diabète dans 9,1% chacun. Il était non précisé dans la plupart des cas, soit dans 81,8% des cas.

La notion d'hygiène bucco-dentaire n'était pas mentionnée dans les dossiers médicaux de nos patients.

Des facteurs favorisants différents de ceux trouvés dans notre étude, ont été soulevés chez beaucoup d'autres auteurs :

IV.2.2.1. Mauvaise hygiène bucco-dentaire

Les facteurs favorisants retrouvés dans la littérature sont principalement liés à une mauvaise hygiène bucco-dentaire **[8, 12,46, 48, 50].**

Parmi les facteurs favorisants retrouvés dans notre étude, les facteurs dentaires (extractions dentaires, caries dentaires) étaient les plus représentés avec 36,3% des cas. Nous pourrions rattacher ce fait à une probable mauvaise hygiène bucco-dentaire, même si ceci n'a pas été élucidé dans notre étude.

Beaucoup d'auteurs ont souligné le rôle de la mauvaise hygiène bucco-dentaire dans la survenue des cellulites :

Tran Ba Huy P. et al [8] en France, avaient retrouvé un mauvais état bucco-dentaire chez 35% des patients de leur étude.

Ghammam M. et al [12] en Tunisie en 2019, avaient trouvé que 52% de la population de son étude présentaient un mauvais état bucco-dentaire à l'examen de la cavité buccale.

Rouadi S. et al [18] confirment que la mauvaise hygiène bucco-dentaire est la plus grande étiologie des cellulites odontogènes selon les résultats de leur étude.

Mamoune A. et al [45] en Algérie ont retrouvés dans leur étude, 72% de patients présentant un mauvais état bucco-dentaire.

Lkadi N. et al [50] au Maroc avait trouvé une mauvaise hygiène bucco-dentaire chez 70% des cas de son étude.

Cependant, il est important de souligner qu'un état dentaire satisfaisant n'empêche pas la survenue d'une infection maxillo-faciale selon l'étude de **Nicot. R et al [53].**

IV 2.2.2. Prise d'anti-inflammatoires

La prise d'anti-inflammatoires semble favoriser l'aggravation des cellulites. Des études in vitro soutiennent l'hypothèse que les AINS provoquent une altération des défenses de l'organisme, en altérant le chimiotactisme, la phagocytose et l'activité anti bactérienne des granulocytes **[39]**. Ceci a été cliniquement prouvé par des études cliniques qui ont décrit la survenue ou l'aggravation de la fasciite nécrosante chez des patients recevant des AINS **[6,39, 54]**.

Dans notre étude, aucun cas de prise antérieure d'AINS n'a été enregistré.

Dans d'autres études par contre, nous observons un taux élevé de prise d'AINS :

Miloundja J. et al [15] au Gabon, avaient noté un taux de prise d'AINS de 87,5%. Ils avaient conclu leur étude en disant que l'automédication par les anti-inflammatoires des infections buccopharyngées, en l'absence d'une antibiothérapie adaptée, est le principal facteur favorisant de la survenue des cellulites cervico-faciales.

Zaghré N. et al [17], dans leur étude sur les CCF menée dans le service ORL du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou,ont trouvé que la prise isolée d'AINS a été le facteur favorisant le plus incriminé dans 59% des cas. Ce

résultat est superposable à celui retrouvé par **Lakouichmi M. et al [13]** en 2014 au Maroc, qui avaient trouvé que 54% de la population avait pris des AINS au début de la symptomatologie.

Deux études ont été menées dans l'optique de mettre en exergue le rôle ou l'impact des AINS sur les CCF, celle de **Nicot R. et al [53]** et de **Bennani Baïti et al [55]**.

Nicot C.et al [53] à Lille en France en 2014, dans leur étude prospective de 6 mois intitulée : Les anti-inflammatoires aggravent-ils les cellulites faciales d'origine dentaire? , portant sur 267 patients, ont prouvé que la prise de médicaments anti-inflammatoires n'était pas statistiquement corrélée à la gravité de la cellulite d'origine dentaire. Ils admettent néanmoins que les anti-inflammatoires pourraient théoriquement augmenter la sévérité et l'extension de la cellulite dentaire, en raison de leurs mécanismes d'action ; et qu'ils devraient dans ce cas être utilisés avec prudence.
Ce résultat rejoint celui de **Ghammam M. et al [12]** en Tunisie en 2019, qui avait constaté qu'il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre la gravité de la cellulite et la prise d'anti-inflammatoires.

Bennani Baïti et al [55] en 2015, dans leur étude sur l'impact de la prise des AINS en cas de CCF, la prise d'AINS a été retrouvée chez 80 % des patients, en automédication ou sous prescription dans les autres cas (médecin généraliste, dentiste, pharmacie).

Selon **Bennani Baiti et al [55]**, parmi les facteurs de risque d'évolution vers les CCF, l'utilisation des AINS est fréquemment observée, d'où la nécessité d'une utilisation raisonnée, voire contre-indiquée dans les infections de la sphère ORL, et en particulier dans les infections d'origine odonto-stomatologiques.

En somme, les anti-inflammatoires pourraient favoriser la survenue ou l'aggravation de la cellulite dans la mesure où ils provoquent une altération des défenses de l'organisme ; cependant, ceci ne serait pas toujours vérifiable selon certains auteurs. Toujours est-il qu'il serait plus prudent de prescrire les anti-inflammatoires en association avec une antibiothérapie adaptée à visée curative ; et non de façon isolée.

IV.2.2.3. Diabète

Le diabète est une pathologie parfaitement reconnue pouvant aggraver l'ensemble des processus infectieux.

L'état d'hyperglycémie chronique favorise l'infection bactérienne qui en présence de glucose se propage rapidement, débordant les défenses immunitaires **[56]**. Il a été cité par plusieurs auteurs comme terrain favorisant l'extension des cellulites **[6, 47, 48,57, 58]**.

Dans notre série, nous n'avons trouvé aucun patient ayant un antécédent de diabète. Cependant, à l'issu des examens biologiques faits, nous avons noté une notion d'hyperglycémie qui s'est révélée chez 1 patiente, probablement en relation avec un diabète en cours ou découvert fortuitement.

Pourtant, dans d'autres études, le diabète est un facteur favorisant qui revient souvent.

Tran Ba Huy P. et al [8] en France avaient recensé 18 patients sur 150 atteints de diabète, soit 12%.

Ghammam M. et al [12] en Tunisie avaient retrouvé le diabète chez 7 patients parmi les 82 cas de CCF de leur étude, soit 8,5%.

Njifou N. et al [16] au Cameroun en 2014, avaient trouvé que 20,25% des patients étaient diabétiques.

Mamoune A. et al [45] en Algérie ont retrouvés dans leur étude 5 patients diabétiques soit 10% de la population d'étude.

Le diabète était le troisième facteur favorisant retrouvé par **Lkadi N. et al [50]** dans son étude (18%), après la mauvaise hygiène bucco-dentaire et l'administration antérieure d'AINS ; tandis qu'il occupait la première place dans l'étude de **Rouadi S. et al [18]**, suivi de l'intoxication au tabac.

Un diabète non équilibré ou non pris en charge pourrait constituer un terrain propice aux infections de tout genre y compris une CCF.

La prise en charge d'un diabète déséquilibré ou découvert de novo, rentre dans le traitement étiologique de la CCF.

IV.2.2.4. Intoxication alcoolo-tabagique

- Alcool

L'imprégnation éthylique altère la réponse immunitaire selon **Szabo et al [59]**.Ceci se traduisant par un défaut de fonctionnement des polynucléaires neutrophiles, et une déficience du complément dont le résultat est une diminution de la réponse immunitaire humorale et cellulaire **[60]**.

Dans notre étude, aucun cas d'intoxication éthylique n'a été retrouvé.

Par contre, dans l'étude de **Tran Ba Huy P. et al [8]**, 29 patients sur 150 présentaient une intoxication éthylique, soit 19,33%.

- Tabac

Selon les études de **Kennel A. et al** et **Nikitina OV. et al [61,62]** ,la consommation du tabac entraine une déflation de l'activité et du nombre de lymphocytes ainsi que de la fonction phagocytaire des neutrophiles, engendrant donc une baisse de la réponse immunitaire et une grande susceptibilité aux infections).

De plus, le tabac possède un effet (tissulaire, microcirculatoire et au niveau de la microflore) sur l'environnement bucco-dentaire qui favorise la survenue des caries et des parodontopathies **[63]**.

Dans notre série, aucun cas d'intoxication tabagique n'a été enregistré.

Cependant, dans d'autres études concernant les CCF, le tabac est un facteur qui apparait assez souvent.

Tran Ba Huy P. et al [8], avaient noté soixante-neuf patients sur 150 qui présentaient une intoxication tabagique chronique, soit 46%.

Dans la série de **Haouane M. [11]** au Maroc, 25% étaient tabagiques alors que 17.5% avaient une imprégnation éthylique.

Njifou N. et al [16], au Cameroun avaient noté dans leur étude, 56,96% des cas de tabagisme, soit plus de la moitié des cas.

Rouadi S. et al [18] avaient trouvé dans leur étude 10 patients tabagiques soit 7,7%.

Nicot R. et al [53], quant à eux, avaient enregistré 62,9% de fumeurs dans leur étude, résultat comparable à celui de **Njifou N. et al [16].**

Notre résultat pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des patients de notre étude (n=6=54,5%) étaient en bas âge, et que 2 parmi les 5 patients restants étaient des femmes qui généralement ne sont pas sujettes à une intoxication alcolo-tabagique comparées aux hommes. En plus, les complications dues à la consommation de l'alcool et du tabac se manifestent généralement à un âge avancé alors que la population de notre étude est jeune.

IV.2.2.5. Autres facteurs favorisants

Tout facteur susceptible d'induire une baisse de l'immunité peut favoriser la survenue de cellulites (immunodépression au VIH, néoplasie, insuffisance rénale ...) **[5, 8,11].**

IV.2.3. Porte d'entrée

Dans notre étude, la porte d'entrée de l'infection n'a pas été précisée dans 45,5%. Cependant, la carie dentaire était retrouvée dans 36,3% des cas. Un abcès mandibulaire était le point de départ de la cellulite chez 1 patient soit 9,1%, et une porte d'entrée otologique avait également été retrouvée chez 1 patient soit 9,1% des cas.

L'origine des cellulites est dans la quasi-totalité des cas soit, dentaire, oropharyngée, amygdalienne ou encore une porte d'entrée cutanée **[28, 40, 46,51].**

Très rarement, on peut retrouver une origine sinusienne, traumatique, post - chirurgicale, perforation œsophagienne ou parotidienne… **[42,64]**.

L'origine dentaire est aussi la plus retrouvée dans l'étude de **Odzili I.et al [14]** au Congo Brazzaville, soit 75% ; suivi de l'origine ganglionnaire soit 24% et enfin, comme dans notre étude, une origine otologique avait été retrouvée et elle représentait 9,1%.

Miloundja J. et al [15] au Gabon, avaient trouvé 65% de cellulites d'origine dentaire, 13% d'origine amygdalienne et 6% d'origine sous maxillaire.

Rouadi S. et al [18] au Maroc, ont trouvé 69% de cas de cellulites d, origine dentaire ,10% d'origine amygdalienne (phlegmon) et 8% d'origine sinusienne.

Ces résultats sont comparables à ceux de **Rouadi S. et al [18]** au Maroc, qui ont trouvé 69% de cas de cellulites d, origine dentaire ,10% d'origine amygdalienne (phlegmon) et 8% d'origine sinusienne; ainsi qu'à ceux d'**Atanga L. et al [19]** en 2020 à Yaoundé, qui avaient constaté que la carie dentaire était la principale cause des cellulites avec 98 cas sur 125 cas soit 78,4%. L'origine cutanée était représentée par 9,6% et l'origine traumatique par 7,2% des cas

Au Niger, dans l'étude faite par **Illé S. et al [44]**, l'origine de la cellulite était à 52, 95% dentaire, à 17,65% parotidienne, à 11,76% la cellulite était due à une uvulectomie traditionnelle,les furonculoses cervicales représentaient 11,16% et le phlegmon péri amygdalien 5,88% .

La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que l'origine dentaire est la plus retrouvée dans leurs études ; ce qui correspond aussi à notre constatation sur ce point.

La deuxième place selon la littérature revient à l' origine pharyngo – amygdalienne **[8,15, 17,58, 65]**. Dans certaines études elle représente l'étiologie la plus fréquente **[8,66]**.

Skitarelic N. et al [67] dans leur étude, avaient constaté que les patients avec abcès péri-amygdalien comme porte d'entrée semblaient avoir un mauvais pronostic et un taux élevé de complications et de mortalité comparativement aux patients avec d'autres portes d'entrées.

La porte d'entrée peut être également cutanée, elle occupe la 3ème place dans la littérature après la porte d'entrée pharyngo-amygdalienne **[68]**.

Dans les études d'**Atanga L. et al [19]** et de **Lkadi N. et al [50],** elle représentait la deuxième porte d'entrée avec respectivement 8,1% et 16%.

L'origine sous maxillaire des cellulites a été rarement signalée dans la littérature. Néanmoins, nous la retrouvons dans l'étude de **Tran Ba Huy P. et al [8]** en France avec 8 cas de sous maxillite, soit 5,33% des cas, et dans l'étude de **Miloundja J. et al [15]** au Gabon avec 2 cas sur 32, soit 6%.

Au total, l'étiologie d'une CCF peut être pharyngo-amygdalienne, cutanée, traumatique, sinusienne, otologique et même iatrogène mais, la cause la plus fréquente des CCF selon la littérature demeure dentaire, ce qui rejoint les résultats de notre étude.

IV.2.4. Localisation de la cellulite

Dans notre série, nous avons obtenu plus de cas de cellulites de la face que de cellulites du cou, soit 72,7% de cellulites faciales et 27,2% de cellulites cervicales. Les cellulites faciales étaient péri- mandibulaires dans 45,50% de cas, péri-maxillaires (jugales) dans 18,1% de cas et orbitaire dans 9,1% des cas.

Parmi les cellulites péri-mandibulaires, nous avons retrouvé ,1 cellulite sus mylo-hyoïdienne (9,1%), 2 cellulites sous mylo-hyoïdiennes (18,2%), une cellulite sous mentonnière (9,1%) et une cellulite de la région parotidienne (9,1%).

Nos résultats sont comparables à ceux de beaucoup d'autres auteurs.

Rouadi S. et al [18] avaient trouvé 54,6% de cellulites péri mandibulaires (sous mentales ou sub mandibulaires) contre 23,8% de cellulites péri maxillaires.la prédominance péri-mandibulaire est aussi soulignée dans cet étude.

Par ailleurs, **Rouadi S. et al [18]** avaient noté 14,6% de cas de cellulites orbitaires ce qui est comparable à nos résultats (9,1%).Un seul patient sur 130 présentait une cellulite cervicale, tandis que dans notre étude nous avions trouvé 3 cas sur 11 de cellulites cervicales. Les 8 autres cas intéressaient la face. Ceci revient à déduire que les cellulites faciales seraient les plus rencontrées par rapport aux cellulites cervicales.

Mamoune A.et al [45] avaient constaté dans leur étude, une prédominance des cellulites à localisation mandibulaire soit une proportion de 78%. Cette fréquence est légèrement supérieure à celle de **Tine [69]** qui avait observé un taux de 66,7 % en 2004.

Ces résultats rejoignent ceux d'**El Ayoubi A. et al [43],** ceux de **Nicot R. et al [53]** et ceux de **Sarr [70],** qui eux aussi avaient trouvé dans leur étude, une prédominance des cellulites péri-mandibulaires.

Cette prédominance des cellulites péri-mandibulaires seraient consécutive à la fréquente survenue des caries dentaires au niveau des molaires inférieures.

IV.2.5. Délai de consultation

Dans notre série, 4 des patients avaient consulté dans la première semaine, 2 patients avaient consulté avec un délai de 2 semaines. Le délai de consultation n'était pas précisé chez 5 patients.

Le délai moyen de consultation était de 7,8 jours(en considérant les délais de consultation précis de notre série).

Dans la littérature, le délai de consultation moyen est court chez certains auteurs ; 7 jours pour **Mateo J. et al [5]**, 8,8 jours pour **Haouane[11]** ,3 jours pour **Mighri K. et al [47]**, et 4 jours pour **Benzarti S. et al [48]** .

Ce délai est relativement long chez d'autres auteurs, comme **Rouadi S.et al [18]** (23 jours) et **Illé S. et al [44]** au Bénin (16,68 jours).

Haouane [11] dans son étude, avait constaté que le délai était court (5jours) en l'absence de tout traitement avant l'hospitalisation, et qu'il était allongé (11 jours) en cas de prise d'un ou plusieurs traitements.

Le délai de consultation long reflète selon **Odzili I. et al [14]** au Congo Brazzaville et **Illé S. et al [44]** au Bénin, la négligence et/ou l'ignorance des cellulites souvent constatées dans nos pays en voie de développement se traduisant par des consultations tardives.

IV.2.6. Manifestations cliniques

Le diagnostic des cellulites cervicales est avant tout clinique, il est difficile surtout à un stade débutant à cause de l'installation insidieuse **[3]**.

IV.2.6. 1. Tuméfaction

Le signe clinique le plus retrouvé dans nos observations était une tuméfaction cervico-faciale dans 72,7% des cas.

La tuméfaction cervico-faciale demeure le signe majeur et constant ; et le motif de consultation le plus fréquent dans plusieurs séries de la littérature :

Rouadi S. et al (97%),**Njifou N. et al** (100%), **Ghammam M. et al** (95%), **Haouane**(100%), **Nassima M.** (100%), **Mohamed** (89,47%) **[9,10,11, 12,16,18].**

Dans notre étude, la faible proportion des patients présentant une tuméfaction cervico-faciale, par rapport à d'autres séries de la littérature, serait due au fait qu'il y avait des cas de cellulites déjà fistulisées (27,3%).

IV.2.6. 2. Douleur

Dans notre étude, elle était présente chez 4 patients, soit 36,3% des cas.

La douleur est un signe qui accompagne souvent la tuméfaction. Elle est aussi un signe quasi constant dans plusieurs études **[12,45, 48,71, 72]**.

Une automédication préalable aux AINS ou aux antalgiques pourrait expliquer la faible proportion qui s'observe dans notre étude.

IV.2.6. 3. Fièvre

Dans les cellulites, la fièvre est un signe constant, essentiellement due aux germes anaérobies. Elle peut constituer un signe de gravité dans le cadre d'un choc septique. Cependant, elle peut être absente au tout début d'une cellulite pseudo phlegmoneuse **[47, 65,73, 74]**.

Dans notre série, 4 patients soit 36,3% présentaient une fièvre à l'admission.

Dans d'autres études, la fièvre est un signe qui apparait souvent :

Tran Ba Huy P. et al [8] en France, avaient noté 74% de patients qui étaient fébriles à l'admission.

Njifou N. et al [16], au Cameroun, avaient trouvé que 82,3% de la population étaient fébriles à l'admission.

Rouadi S. et al [18] au Maroc, avaient retrouvé la fièvre dans 54 % des cas ; résultat comparable à celui de **Benzarti S. et al [48]** (52,6%).

Dans l'étude de **Mighri K. et al. [47]** en 2002 en Tunisie, tous les malades étaient fébriles à l'admission.

La faible proportion dans notre étude, pourrait s'expliquer par une probable automédication aux antipyrétiques ou aux AINS; ou alors par la forme pseudo phlegmoneuse qui, initialement, ne s'accompagne pas d'un état fébrile.

IV.2.6. 4. Trismus

Il s'agit d'une contraction réflexe des muscles masticateurs. Le trismus est un signe inconstant, qui se manifeste souvent dans les cellulites d'origine dentaire **[11]**.

Dans notre étude, 2 patients présentaient un trismus à la suite d'une cellulite d'origine dentaire, soit 18,2%.

Dans d'autres séries de la littérature, il était relativement plus fréquent :

Benbouzid M. et al [1] en France (50%), **Tran Ba Huy P. et al [8]** en France (67%), **Ghammam M. et al [12]** en Tunisie (36,6%), **Rouadi S. et al [18]** au Maroc (37,6%), **Mamoune A. et al [45]** en Algérie (48%).

Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il y aurait plus de cas de cellulites d'origine dentaire dans ces études.

IV.2.6. 5. Troubles de la déglutition : dysphagie, odynophagie

Les troubles de déglutition constituent un signe de gravité qui signe l'atteinte des régions para pharyngées.

Dans notre série, aucun patient n'avait présenté de trouble de déglutition.

En revanche, certains auteurs ont constaté dans leurs études que les troubles de déglutitions constituaient un des signes de CCF.

Dans l'étude de **Mateo J. et al** [5], la dysphagie était quasi constante.

Dans l'étude de **Tran Ba Huy P. et al [8]**, les troubles de la déglutition (dysphagie et odynophagie confondue) constituaient le signe le plus fréquent, en avant de la tuméfaction cervico faciale, soit 87% des cas.

Njifou N. et al [16], avaient trouvé que 55 parmi les patients de leur étude soit 73,3% de la population présentaient une dysphagie.

Mamoune A. et al [45], avaient trouvé 34% de patients ayant une dysphagie.

Dans les études de **Benbouzid M. et al [1], et de Potard G. et al [51]** par contre, aucun patient n'avait présenté de trouble de déglutition ; Ce qui rejoint nos résultats.

IV.2.6. 6. Crépitations neigeuses sous cutanées

Il s'agit d'un autre signe de gravité d'une cellulite. Il fait suite à une production d'air par les anaérobies en sous cutanée, réalisant un emphysème sous cutané. Cet ESC témoigne d'une évolution rapide et grave de la cellulite vers la forme gangreneuse et/ou d'une médiastinite. Cependant, l'absence de crépitations sous cutanées n'élimine pas une infection à germes anaérobies **[75].**

Dans notre série, aucun cas d'ESC n'a été retrouvé.

Ce signe est aussi rare chez beaucoup d'autres auteurs.

Mateo J. et al [5] dans son étude, avait trouvé que 12 % des patients présentaient des crépitations sous cutanées.

Dans l'étude de **Tran Ba Huy P. et al [8]**, les crépitations sous cutanées avaient été retrouvées chez 8 patients sur un total de 150 patients, soit 5,3%. Ce résultat rejoint celui de **Haouane [11]** (5%).

La revue de la littérature rapporte d'autres symptômes qui peuvent être présents dans le cadre d'une CCF **[1,12, 45, 51]** :

- Dysphonie
- Dyspnée d'origine laryngée
- Douleur thoracique ou rougeur pré sternale orientant vers la recherche d'une médiastinite
- Fistulisation de la cellulite
- Adénopathies cervicales

IV.2.7.Aspect de la lésion

Dans notre série, à l'examen physique, la lésion se présentait comme une tuméfaction isolée chez 1 patient (9,1%), une collection suppurée chez 4 patients (36,3%), un abcès fistulisé chez 3 patients(27,2%) avec des zones de nécrose péri lésionnelle retrouvées chez 1 des patients (9,1%), une cellulite cervicale chronique avec perte de substance grade 3 chez 1 patient (9,1%), une paralysie faciale avec perforation du tympan chez 1 patient (9,1%). L'aspect de la lésion était non caractérisé chez 1 des patients (9,1%).

Dans notre étude, nous avons enregistré : 1 cas de cellulite séreuse (9,1%), 4 cas de cellulites suppurées (36,3%), 2 cas de cellulites fistulisées (18,2%), 1 cas de cellulite fistulisée avec nécrose (9,1%), 1 cas de cellulite chronique (9,1%).

La cellulite suppurée était la plus représentée dans notre série.

Cette prédominance des cellulites suppurées a été aussi retrouvée par **Illé S. et al [44]** et **Benzarti S.et al [48]** dans leurs études.

Illé S. et al[44] au Niger en 2018, avaient enregistré 88,24% de patients présentant une collection purulente sans nécrose tissulaire, et 11,76% de patients avec cellulite gangreneuse réalisant une importante nécrose tissulaire.

Benzarti S. et al [48] en Tunisie en 2007, avait trouvé parmi les formes circonscrites, 21 cas de cellulite suppurée (50%) contre 17 cas de cellulite séreuse (40%).

Miloundja J. et al [15] au Gabon, avaient trouvé une forme pseudo phlegmoneuse dans 24 cas (75 %) et gangreneuse dans huit cas (25 %) alors que **Zaghré N. et al [17]** au Burkina Faso, avaient enregistré 58% de forme gangreneuse et 42% de forme phlegmoneuse

Le caractère circonscrit ou diffus, n'a pas été mentionné dans notre étude. Néanmoins, chez beaucoup d'auteurs, la forme circonscrite était la plus retrouvée.

Aucun cas d'extension médiastinale n'a été retrouvée dans notre étude. En revanche, certains auteurs l'ont retrouvée dans leurs études : **Lakouichmi M. et al** (31%),**Miloundja J. et al** (19%), **Njifou N. et al** (5,06%) **[13,15,16]**.

IV.3. Sur le plan para-clinique

IV.3.1. Biologie

Les examens biologiques servent à l'évaluation du terrain des patients et à la mise en évidence d'une quelconque pathologie susceptible de constituer une étiologie à la cellulite (insuffisance rénale, diabète, immunodépression), ou d'un état septique grave.

Seulement 5 patients de notre étude avaient bénéficié d'au moins un examen biologique. La NFS avait révélé une légère hyperleucocytose dans 1 cas (9,1%) et une anémie dans 3 cas (27,3%), la CRP était positive chez 2 patients (18,2%), la VS était accélérée chez 1 patient (9,1%) et la glycémie était élevée chez 1 patient (9,1%).

Ceci s'expliquerait par le fait que la plupart des CCF sont généralement des cas d'urgence nécessitant une prise en charge immédiate qui ne requiert pas, a priori, d'examens biologiques.

Dans plusieurs séries de la littérature, on retrouve une hyperleucocytose modérée à prédominance polynucléaires neutrophiles et souvent un syndrome inflammatoire biologique (CRP positive, VS accélérée) **[27, 48, 68,76]**.

IV.3.2. Bactériologie

Dans notre étude, aucun examen bactériologique n'avait été demandé. Nous n'avons pas trouvé d'explication plausible à cela.

La cellulite est une infection poly microbienne mixte, il s'agit le plus souvent des germes saprophytes de la cavité buccale **[20]**, on retrouve principalement des streptocoques, quelques staphylocoques dorés mais la prédominance des germes anaérobies fait l'unanimité des auteurs **[77, 78, 79,80**].

2 groupes d'auteurs avaient trouvé des résultats similaires:

Dans l'étude de **Tran Ba Huy P. et al [8]** en France, les streptocoques étaient retrouvés dans 73% de cas, et les anaérobies dans 63 % des cas.

Chez **Rouadi S. et al [18]** au Maroc, un tiers de la population avait bénéficié d'un prélèvement bactériologique et il s'agissait d'infections poly microbiennes incriminant des streptocoques et des germes anaérobies.

Dans ces études, l'antibiothérapie qui était dans un premier temps probabiliste était secondairement adaptée aux résultats des examens bactériologiques.

IV.3.3. Imagerie médicale

IV.3.3. 1. Tomodensitométrie

Le scanner est l'examen radiologique de choix dans le diagnostic précoce des CCF et surtout d'une extension médiastinale. De plus, il joue un rôle prépondérant dans la localisation des espaces atteints permettant une mise à plat parfaite de toutes les collections et une excision complète des tissus nécrosés **[6,81,82]**.

Dans notre série, aucun patient n'avait bénéficié d'un examen tomodensitométrique.

Ceci serait dû au fait que le scanner est assez coûteux et de ce fait inaccessible pour la plupart des patients de notre étude à voir leur niveau socioéconomique ; et aussi du fait qu'elle n'est même pas disponible en urgence alors que les cellulites sont des infections qui nécessitent une prise en charge précoce.

Les taux de réalisation du scanner dans les différentes séries sont : **Nassima M.** (100%), **Rouadi S. et al** (85%), **Haouane** (60%), **Ghammam M. et al** (46,4%) **[9, 11, 12,18]**

IV.3.3. 2. Echographie

L'échographie est un examen peu coûteux, anodin et habituellement disponible en urgence. Elle peut donner des informations concernant la localisation et l'extension de la cellulite. Cependant, elle est moins fiable car elle est opérateur dépendante. De plus, ses performances dans l'exploration des espaces profonds sont limitées ce qui ne permet pas d'évaluer de façon exacte l'extension du processus infect ieux surtout dans les régions inaccessibles aux ultrasons **[83,84]**.

Ainsi, dans l'étude **de Ghammam M. et al [12],** 37% des patients avaient bénéficié d'une échographie cervicale, laquelle était réalisée dans les formes débutantes et localisées avec absence de signes cliniques en faveur d'une extension profonde.

Dans notre série, un seul malade avait bénéficié d'une échographie thoracique, probablement dans la recherche d'une atteinte médiastinale.

IV.3.3.3. Radiographie panoramique dentaire

Il s'agit d'un examen qui s'impose de façon systématique dans le contexte de cellulites d'origine dentaire. Elle peut objectiver les foyers cariés et montrer les zones d'ostéolyse péri-apicale et les foyers granulomateux **[48]**.

Dans notre série, nous avons enregistré des cas de cellulites d'origine dentaire. Malheureusement, parmi les 5 patients concernés par l'examen stomatologique, aucun n'a bénéficié d'une radiographie panoramique dentaire. Nous pourrions expliquer cela par le fait que les CCF nécessitent généralement une prise en charge urgente ce qui ne laisse pas le temps aux praticiens de faire de plus amples investigations.

IV.3.3. 4. Radiographie thoracique

La radiographie simple du thorax est moins performante. Le pneumo médiastin est le signe le plus évocateur d'une atteinte médiastinale **[39]**.

Dans notre série, cet examen a été fait chez une patiente dans le cadre d'un bilan d'extension de la cellulite et n'avait pas objectivé d'atteinte médiastinale.

IV.4.Sur le plan thérapeutique

IV.4.1. Durée d'hospitalisation

Dans notre série la durée moyenne d'hospitalisation était de 14 jours avec des extrêmes allant de 3 jours à 56jours. Ce qui rejoint les résultats de **Mohamed [10]** (14jours), **Haouane[11]** (12jours) et ceux de **Miloundja J. et al [15]** (12jours)

Un séjour court avait été rapporté par **El Ayoubi[43]** (8,7 jours), tandis que d'autres auteurs ont trouvé des durées moyennes plus longues telles que **Tran Ba Huy P. et al [8]** (26 jours) et **Benzarti S. et al [48]** (31 jours).

Kpemissi[46], à propos d'une série de 25 cas pris en charge en réanimation pour des cellulites cervico – médiastinales, avait trouvé une durée moyenne de 40 jours avec des extrêmes allant de 13 à 160 jours, ce qui démontre la gravité des cellulites cervico - médiastinales par rapport aux cellulites cervico -faciales.

IV.4.2. Prise en charge proprement dite

Le traitement des CCF repose en général sur l'association d'une antibiothérapie à large spectre et d'un drainage de la collection. L'efficacité de ce traitement étant garantie par sa précocité **[85, 86, 87]**.

Buts :

Le traitement des cellulites cervico-faciales vise à : **[86]**

- Faire face à l'infection;

- Stopper l'évolution de la cellulite et évacuer la collection suppurée;

- Soulager le patient et le guérir en supprimant la cause identifiée

La prise en charge comporte 3 volets principaux : le volet médical, le volet chirurgical et le traitement de la porte d'entrée.

Dans le cas de cellulites plus graves, altérant l'état de santé général et mettant en jeu le pronostic vital du patient, une prise en charge en réanimation est nécessaire, et ceci le plus rapidement possible **[48].**

IV.4.2.1. Prise en charge médicale

1. L'antibiothérapie

En cas de CCF, l'antibiothérapie doit être rapidement instaurée, d'abord probabiliste et à large spectre couvrant tous les germes de la sphère ORL, ensuite adaptée aux résultats de l'examen bactériologique fait à partir des prélèvements per opératoires **[88]**.

En règle générale, les antibiotiques employés dans la sphère otorhino-laryngée sont **[27, 18, 89]** :

- **B Lactamines** : Les Pénicillines (A, G). Celles-ci agissent sur les cocci gram+, les bacilles gram + et sur les bactéries anaérobies.

- **Macrolides** : comme la Clindamycine, agissent sur les Streptococcus, les Staphylococcus et anaérobies gram + et –.

- **Imidazolés** : le métronidazole. Ils agissent sur les germes anaérobies stricts.

- **Aminosides** : la Gentamycine. Elles agissent sur les bacilles gram – et les staphylococcus.

Tableau XV : Spectre des antibiotiques employés dans le traitement des cellulites [90]

Antibiotiques	Streptocoques	Anaérobies à Gram négatif	Staphylocoques	BGN*
Pénicilline G	+++	+/0	0	0
Amoxicilline	+++	+/0	0	0
Amoxicilline + Métronidazole	+++	+++	0	0
Oxacilline	++	0	+++	0
Oxacilline + Métronidazole	++	+++	+++	0
Macrolides	++	++	+	0
Spiramycine	++	++	+	0
Clindamycine	++	++	++	0
Amoxicilline + acide clavulanique	+++	+++	++	++
+++>90% des souches sont sensibles, ++ activité inferieure, + résistance >20%, 0 pas d'activité ***BGN bacilles à Gram négatif aéro-anaérobies facultatifs**				

Dans notre série, l'antibiothérapie instaurée était soit une tri-antibiothérapie dans 54,5%, une bi-antibiothérapie dans 36,4% ou une mono-antibiothérapie dans 9,1%.

Dans la littérature, les protocoles thérapeutiques de prescription de l'antibiothérapie varient selon les auteurs. Pour la plupart, les antibiotiques associés sont : bétalactamine, aminoside et imidazolé (métronidazole) soit en tri-antibiothérapie ou en bi-antibiothérapie (betalactamine-aminoside ou betalactamine-metronidazole) **[9,18, 30, 44,50]**.

L'usage des macrolides se retrouve dans certaines études comme celle de **Mamoune A. et al [45]**.

Dans notre étude, la durée de l'antibiothérapie n'avait pas été précisée dans les dossiers médicaux. Elle variait selon l'évolution clinique et septique de chaque patient.

En général, les antibiotiques sont poursuivis jusqu'à ce que des reprises chirurgicales fréquentes ne soient plus nécessaires et qu'il existe une amélioration clinique et paraclinique **[72]**.

2. Les anti-inflammatoires

Dans notre série, 3 parmi les 11 patients de notre étude (27,3%), avaient bénéficié d'une corticothérapie à base d'hydrocortisone en IVD. La durée du traitement n'avait pas été consignée dans les dossiers.
Le diclofenac sodique (AINS) avait été administré à 4 patients de notre série soit 36,4%.

Tous les patients ayant reçu un médicament anti-inflammatoire étaient déjà sous traitement antibiotique.

Les anti-inflammatoires sont en général indiqués pour combattre une détresse respiratoire en cas d'œdème cervical. Cependant, ils ont une action dépressive connue sur les mécanismes de défense immunitaire.
Ils doivent donc être administrés sous couverture antibiotique **[68,91]**.

3. Les antalgiques

Les antalgiques prescrits en cas de cellulite sont ceux de niveau I selon l'OMS (comme le paracétamol). Ils se donnent généralement en péri opératoire.

Dans notre expérience, 54,5% des patients avaient reçu des antalgiques soit de niveau I, soit de niveau II. La molécule la plus employée était le tramadol (36,3%). Le paracétamol avait été utilisé dans 9,1 % des cas et ; donnée en association au tramadol dans 9,1% des cas également.

Dans plusieurs séries de la littérature par contre, c'est le paracétamol qui était le plus utilisé et cela d'une façon systématique en péri opératoire **[9,11, 45, 50]**.

Dans notre série, le tramadol avait été administré en per opératoire en vue de réduire au maximum la douleur en post opératoire immédiat, surtout chez les enfants.

4. les antipyrétiques

L'antipyrétique le plus utilisé dans la littérature est le paracétamol.

Dans notre série, 5 patients (45,5%) avaient bénéficié d'un médicament contre la fièvre. La noramidopyrine a été la molécule la plus utilisée soit dans 27,3% des cas et le paracétamol a été administré dans 18,2% des cas.

5. L'anti coagulation

Les anticoagulants jouent un rôle dans la prévention des thrombophlébites suppurées des veines de la face **[7]**.

Le traitement anticoagulant n'avait été instauré chez aucun de nos patients.

6. Traitement adjuvant

Il s'agit de tout ce qui concerne la prise en charge et l'équilibration des tares métaboliques associées et, de la réanimation médicale en cas de choc toxi-infectieux **[68]**.

Dans notre étude, un des patients (9,1%) avait bénéficié d'une prise en charge dans le service de réanimation. Le motif d'admission en réanimation n'avait pas été précisé; mais en général, il s'agit d'une détresse respiratoire ou d'un choc septique.

IV.4.2.2. Prise en charge chirurgicale

La chirurgie est incontournable dans la prise en charge des CCF suppurées ou avec lésions nécrotiques.
En effet, une partie du traitement consiste à drainer les collections suppurées et à exciser les tissus nécrosés.
Cette intervention doit être la plus complète possible et la voie d'abord large et extensible **[48]**.

1. Drainage chirurgical

Le drainage d'une CCF se fait au bloc opératoire .Il s'agit d'une intervention chirurgicale menée sous anesthésie générale.

Dans notre série, vu que la plupart des cellulites étaient collectées, l'incision et le drainage des collections constituaient la majeure partie du traitement chirurgical, soit dans 81,1% des cas. Une excision de tissus nécrosés avait été

faite en plus du drainage chez 1 patient (9,1%) qui présentait une cellulite cervicale antérieure avec nécrose cutanée.

Chez 36,3% des patients, un méchage betadiné s'était avéré nécessaire pour assurer une évacuation continuelle du reste de pus et de sérosités.

Dans la plupart des séries de la littérature, la prise en charge des CCF associe souvent au traitement médical, un traitement chirurgical. Ceci rejoint les résultats de notre étude.

Les taux de prise en charge chirurgicale dans les différentes séries sont :

Nassima M. [9] (55%), **Ghammam M. et al [12]** (53,65%), **Rouadi S. et al [18]** (86%), **Atanga L. et al [19]** (81,6%).



Figure 13 : Drainage de la collection suppurée à l'aide d'une pince de Halsted [92]

2. Les soins locaux

Dans notre étude, tous les patients avaient bénéficié des soins locaux, lesquels étaient quotidiens pour la plupart des cas et bi quotidiens chez un des patients. Le lavage a été fait soit à l'aide de l'eau oxygénée ou au sérum et le méchage bétadiné avait été réalisé chez 4 patients (36,3%).

Selon **Haouane et Lkadi N. et al [11,50]**, dans les suites de l'intervention, des lavages au sérum ou à l'eau oxygénée bétadinée sont réalisés en réanimation toutes les 8 heures, le pansement étant systématiquement refait sous anesthésie générale, de préférence au bloc opératoire le lendemain. L'espacement de ces pansements se fait en fonction de l'amélioration de l'état général et septique.

IV.4.2.3.Traitement de la porte d'entrée

L'antibiothérapie et le drainage constituent certes la pierre angulaire du traitement des cellulites mais, un traitement étiologique doit y être associé pour éviter la chronicité de l'infection ou son évolution vers de graves complications.

Il consiste surtout en la prise en charge des causes dentaires ou péri dentaires. En cas de cellulite d'origine dentaire, une simple trépanation est suffisante si la cellulite est encore au stade séreux. Par contre, en cas de cellulite au stade collecté, la prise en charge chirurgicale sera associée à une avulsion de la dent causale et à un traitement de la cavité buccale pour éviter une récidive **[7,93]**.

Dans notre cas, 5 patients (45,4%) ont été suivis en stomatologie en vue d'une prise en charge des différentes causes dentaires et, une extraction d'un corps étranger siégeant dans l'oreille a été réalisée chez un patient (9,1%).

Dans l'étude de **Haouane[11]**, 75% des cas avaient bénéficié d'une avulsion des dents causales.

Chez **Illé S. et al [44]**, le traitement étiologique consistait en une avulsion des dents causales dans les 52,9% des cas qui présentaient une carie dentaire.

A côté du traitement des causes dentaires qui sont les plus fréquents, un parage et suture d'une plaie infectée, une excision d'un furoncle ou d'un kyste sébacé, une stérilisation d'un foyer fracturaire…, représentent d'autres formes de traitement étiologique.

IV.4.2.4. Oxygénothérapie hyperbare

L'OHB est une modalité de traitement qui consiste à administrer de l'oxygène sous une pression supérieure à la pression atmosphérique.

Elle permet d'augmenter de manière considérable la quantité de l'oxygène dissout dans le sang.

Elle joue un rôle capital grâce à son effet bactériostatique sur les germes anaérobies et son pouvoir de régénération tissulaire. Cependant, il s'agit d'un outil dont la disponibilité est très limitée au niveau des structures de soins **[94, 95]**.

L'OHB n'était pas disponible au niveau de l'hôpital où notre étude a été menée, ainsi aucun patient n'a bénéficié d'un tel traitement dans notre étude.

IV.4. Evolution

IV.4.1. Mortalité

Le taux de mortalité évoqué en littérature est très variable comme le montre le tableau suivant **[8, 13,15, 17,18, 19,67].**

Tableau XVI: Taux de mortalité dans les différentes séries

Étude	Taux de mortalité	Nombres de cas étudiés
Atanga L. et al	10,4	125
Miloundja	6	32
Lakouichmi M. et al	7,7	13
Tran Ba Huy P. et al	7,3	150
Skitarelic	33	12
Rouadi S. et al	0	130
Zaghré N. et al	9,4	127
Notre série	0	11

Comme c'était le cas dans l'étude de **Rouadi S.et al [18]** au Maroc, aucun cas de décès n'a été enregistré dans notre série, quand bien même nous avions retrouvé des cas de cellulites compliquées dont une qui avait nécessité une prise en charge en réanimation. Ceci pourrait s'expliquer par une prise en charge précoce de nos patients ou par le fait que nos patients ne se seraient pas automediqués aux AINS avant la consultation.

Rouadi S.et al [18], quant à eux avaient expliqué cette absence de cas de décès par le fait que les cas graves étaient hospitalisés d'emblée au service de réanimation.

Les causes de décès les plus fréquentes rapportées dans la littérature sont la septicémie et la médiastinite**[16, 13,17]**.

IV.4.2. Complications

Outre la septicémie et la médiastinite, les autres complications rapportées par la littérature sont d'ordre vasculaire (les thrombophlébites des troncs veineux et du sinus caverneux et les hémorragies artérielles), l'asphyxie aigue par obstruction des VAS due à un œdème laryngé surtout dans les cellulites diffuses du plancher buccal ou para pharyngées, les infections pleuro pulmonaires, l'atteinte orbitaire et intracrânienne (plutôt rare) par l'intermédiaire d'une sinusite **[8, 17, 82,84,96]**.

Dans notre série, nous avons noté un cas de cellulite compliqué dont la prise en charge avait nécessité une réanimation. La nature de cette complication n'étant pas précisée, nous pourrions penser à un état de détresse respiratoire dans le cadre d'une cellulite diffuse, ou de choc septique.

IV.4.3. Séquelles

Dans notre étude, nous n'avons noté aucune séquelle mentionnée dans les dossiers des patients. Les séquelles de CCF retrouvées dans la littérature sont multiples. Elles sont d'ordre esthétique (cicatrices inesthétiques), fonctionnel (troubles de déglutition, dysphonie, trismus résiduel, cécité, exophtalmie,..) et psychiatriques **[8, 46,97]**.

CHAPITRE V : CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS

V.1. Conclusion

Les CCF sont des infections des tissus cellulo-adipeux de la face et du cou qui se développent à partir d'un foyer infectieux de voisinage.

Ce sont des affections poly microbiennes rares mais, cependant graves pouvant entrainer des complications compromettant le pronostic vital. Elles sont une réalité dans notre pays.

Nous avons enregistré 11 cas de CCF répartis sur les 2 années de notre étude menée au CHU Kamenge dans le service d'ORL.

La tranche d'âge la plus représentées était celle de 0-5ans, avec un âge moyen de 20 ans.

Le sexe masculin était le plus touché, ce qui rejoint les résultats de plusieurs auteurs. Certains parmi eux expliquent cela par la mauvaise hygiène bucco-dentaire consécutive au tabagisme et à l'alcoolisme observés souvent chez les hommes.

Le niveau socioéconomique semble avoir une influence sur la prise en charge précoce des cellulites.

Les facteurs favorisants les plus rencontrés étaient dentaires, surement en lien avec une mauvaise hygiène bucco-dentaire même si cela n'avait pas été précisé dans les dossiers des malades.

La mauvaise hygiène bucco-dentaire et la prise d'AINS en dehors d'une antibiothérapie adaptée sont les facteurs favorisants les plus cités dans la littérature.

De nombreuses étiologies peuvent en être la cause mais l'origine dentaire est de loin la plus fréquente.

Le diagnostic d'une CCF est avant tout clinique basé sur la conjonction d'un état infectieux grave et de signes physiques cervico-faciaux.
La tuméfaction cervico-faciale douloureuse était le signe évocateur dans la plupart des cas, associée ou non à une fièvre; ce qui rejoint les données de la littérature.

La bactériologie et la biologie aident à confirmer le diagnostic. Cependant, dans la plupart des cas comme le démontre notre étude, la clinique suffit pour poser le diagnostic de CCF.

La tomodensitométrie est l'examen radiologique clé dans le diagnostic des CCF, et surtout dans la réalisation d'un bilan d'extension de la cellulite, notamment en cas d'atteinte médiastinale.

La prise en charge des CCF était multidisciplinaire. Le traitement était à la fois médical et chirurgical. Il associait en générale, une antibiothérapie à large spectre et une incision avec drainage des collections; mais aussi un traitement étiologique.

Le pronostic de ces infections est fonction de la précocité du diagnostic et de la prise en charge, mais aussi du terrain.

Cependant, même si cette prise en charge est efficace quand elle est précoce et bien conduite, la prévention reste de loin le meilleur moyen de faire face à ces infections (promouvoir la bonne hygiène bucco-dentaire, prescrire les AINS avec prudence de préférence en association avec une antibiothérapie adaptée surtout en cas d'infection dentaire ou ORL, veiller à l'équilibration des tares…).

V.2. Suggestions

Au terme de notre étude, nous proposons :

1) AUX POPULATIONS :

- de veiller quotidiennement à l'hygiène bucco-dentaire.
- de consulter à temps en matière d'infection bucco-dentaire ou ORL, surtout pour les sujets à risque (diabétiques, alcolo-tabagiques et immunodéprimés toutes causes confondues)
- d'éviter l'automédication intempestive, surtout aux AINS, qui peut compliquer une maladie évolutive.

2) AU PERSONNEL SOIGNANT :

- Référer rapidement les patients ayant des affections bucco-dentaires ou ORL pour avis spécialisé.
- En particulier celui du service d'ORL au CHUK,
  - de recourir aux examens paracliniques surtout à la bactériologie en vue d'un diagnostic précis et d'une prise en charge adaptée des CCF.

  - de veiller à la bonne rédaction des dossiers médicaux, et à la bonne tenue tes registres d'hospitalisation afin qu'ils puissent être des documents exploitables, complets et fiables.

    Au mieux, utiliser le système d'informatisation des dossiers médicaux, ce qui faciliterait les travaux de recherche au niveau de ce service.
  - S'assurer de la bonne collaboration entre les différents médecins spécialistes impliqués dans la prise en charge des cellulites cervico-faciales, à savoir les médecins ORL, stomatologues et réanimateurs.

3) AU GOUVERNEMENT BURUNDAIS (MSPLS ET MENRS) :

- Organiser des campagnes de sensibilisation sur l'hygiène bucco-dentaire surtout en milieu rural.
- Impliquer le corps enseignant et professoral dans la promotion de l'hygiène bucco-dentaire dans les écoles et universités.

- De former suffisamment de médecins spécialisés dans la prise en charge des CCF surtout les médecins ORL et stomatologues mais aussi les réanimateurs.
- De pourvoir les services d'ORL, en l'occurrence celui du CHUK d'un appareil de tomodensitométrie nécessaire pour un diagnostic précoce et précis des CCF.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

01. **Benbouzid M, Benhyammou .A, El Messaoudi A, Jazouli N, Kzadri M.** Les cellulites cervico- faciales à propos de 08 cas. Espérance médicale 2004 ; 11-102 ; 86-92.

02. **Hounkpe YYC, Oussa GB, Vodouhe SJ, Babagbeto MJ, Medji ALP, Bassabi SK.** Les cellulites cervico-faciales: à propos de 55 cas colligés dans les services d'ORL et d'Ophtalmologie du CNHU de Cotonou. Médecined'Afrique noire. 1990; 37(1):29–34.

03**. Huang TT, Liu TC, Chen PR, Tseng FY, Yeh TH, Chen YS**. Deep neck infection: analysis of 185cases. Head and neck 2004; 26: 854 - 60.

04. **Lee, J.K., H.D. Kim, and S.C. Lim,** Predisposing factors of complicated deep neck infection: an analysis of 158 cases. Yonsei Med J, 2007 ;48(1): 55 – 62

05. **Mateo J, Petipas F, Payen D.**Dermohypodermites bactériennes nécrosantes et fasciites nécrosantes. Cellulites ORL. An Fran d'Anesth et de Réanim 2006;25:975-7.

06. **Ngouoni BG, Makosso E.** Intérêt de la tomodensitométrie dans la prise en charge des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire. Rev Col Odonto-StomatolAfrChir Maxillo-facial 2008;15(4):34-7.

07. **Conférence de consensus.** Erysipèle et fasciites nécrosantes: prise en charge. Med Mal Infect 2000;30(4):245-6.

08. **Tran Ba Huy P, Blancal JP, Verillaud B, Mabazaa A, Herman P.** Le cellulites cervico-faciales, une grave urgence ORL.BullAcadNatleMéd (2011 ; 195(3) :661-78.

09. **Nassima M., Les** cellulites cervico faciales d'origine dentaire à propos de 20 cas. Thèse Médecine, Maroc 2017 ; n°165/17.

10. **Mohamed Taleb M S**, cellulite cervico-faciale à propos de 19 cas, thèse medecine ,Maroc 2017 ; n°039/17.

11. **Haouane Mohamed A.**, Les cellulites cervico-faciales Expérience du service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie hôpital militaire Avicenne Marrakech,thesemedecine ;Marrakesh 2018; n°208.

12. **Ghammam M. et al,** Les cellulites cervico-faciales : A propos de 82 cas. J. Tun ORL Décembre 2019; 42:37-41.

13. **Lakouichmi M, Tourabi K, Abir B, Zouhair S, Lahmiti S, Hattab NM**. Les cellulites cervico-faciales graves, facteurs et critères de gravité. Pan Afr Med J. 2014; 15;18.

14. **Odzili FI, Guimbi KM, Boumandoki PJC, Otiobanda GF, Ovoundard M, Ondzotto G**. 67 cas de cellulite cervico-faciale, pris en charge sous anesthésie locale au CHUB de Brazzaville. Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-faciale et de Chirurgie Orale. 2014;115(6):349–352.

15. **Miloundja J, Eyogho SFA, Lawson JMM, Ondounda M, Koumba JS, Lekassa P, Inibend M, N'zouba L.** Cellulites cervico-faciales diffuses: 32 cas vus à Libreville. Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé. 2012;21(3):153–157.

16. **Njifou N.et al.** Cellulites Cervico-faciales en Milieu Hospitalier Camerounais. HealthSci. Dis 2014; 15 (1) :1-4.

17. **Zagrhé N, Gyébré YMC, Gouéta A, Bakyono E, Ouattara M, Ouoba K..** Les cellulites cervico-faciales à propos de 127 cas : aspects diagnostiques et thérapeutiques. Revue Africaine de Chirurgie et Spécialités 2016 ; 10(1) :11-5.

18. **Rouadi S, Ouaissi L, El Khiati R, Abada R, Mahtar M, Roubal M, Janah A, Essaadi M, Kadiri F.** Les cellulites cervico-faciales à propos de 130 cas. Pan AfricanMedical Journal. 2013;14(1).

19. **Atanga L.C., NgabaMballa O., EdoumaBohimbo J., ZinguiNdongo M.M., Njock R.**
Diagnostic, traitement et pronostic des cellulites cervico- faciales à Yaoundé. Journal de la médecine et des sciences de la santé, 2020 ; 21(6).

20. **Société Française d'ORL.** Cellulite Cervico - Faciale - ORL France 2008. https:/ / www.orlfrance.org.

21. **Wilk A.** Module de spécialité Stomatologie, Chirurgie Maxillo Faciale et Chirurgie Plastique Réparatrice 2007 - 2008. Complication À Distance Des Foyers Dentaires.

22. **Collège hospitalo - universitaire français de chirurgie maxillo -faciale et stomatologie.** Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie .Item 344 : Infections aigues des parties molles d'origine dentaire, 4e édition. ELSEVIER/Masson, Paris, 2017.

23. **Bouchet A., Cuilleret J.** Anatomie topographique, descriptive et fonctionnelle - tome 1 : Le système nerveux central, la face, la tête et les organes des sens, 2e édition. SIMEP/Masson, 1997.

24.**BrunatoD.** Les cellulites dentaires: classification, étiologie, bactériologie et traitement. Thése. : Chir. Dent. : Nancy: 2005

25. **Marsot-Dupuch K, Portier F.** Infections cervicales et pharyngolaryngées de l'adulte. FeuillRadiol 2003 ; 43(6): 508-16.

26. **Peron JM et Mangez JF**. Cellulites et fistules d'origine dentaire. EncyclMédChir Stomatologie/Odontologie, 22-033-A-10, 2002, 14 p.

27. **Bertolus CH** : Cellulite cervico-faciale. SFMU-SAMU, 2011 ; Chapitre 52.

28. **Karengera D., Mohamed H.M, Lambert S, Reychler H.** Cellulites faciales odontogènes . Actualités Odonto -Stomatol, 1996, 195: 385 - 408.

29. **Laroche J.F, Biou Ch.** Problèmes étiologiques posés par une cellulite cervico -faciale. Rev. De Stomatol Paris, 1996,77(6) : 865 - 68.

30. **Diallo Assane**, Cellulite cervico-faciale d'origine bucco-dentaire à propos de 127 cas .Thèse Médecine, Mali, 2004, n°001.

31. **Peltier (AP).** Physiopathologie de l'inflammation et implications pour l'utilisation et les perspectives d'avenir des AINS. Revue Praticien, 1987 ; 37 : 2463-9.

32. **Gaillard A.** Cellulites et fistules d'origine dentaire. EncyclMédChir (Paris - France), 22-033-A-10 Stomatologie 1989 12p.

33. **Misrahi C.** Cellulites aiguës circonscrites consécutives à l'infection apicale de la Première molaire mandibulaire. Thèse: Chic. Dent, PARIS V, 1997, n°42 - 55 - 83 - 87.

34. **Telion C.** Les cellulites cervico -faciales graves : étude prospective de 105 cas Thése médecine, Lille 1999 : 65.

35. **McHenry, C.R., et al.**, Determinants of mortality for necrotizing soft-tissue infections. Ann Surg, 1998, 221(5): p. 558 - 63; discussion 563 - 5.

36. **Ragot JP.** Les complications loco -régionales et générales des foyers infectieux dentaires.Actualodontostomatol, 1999,205 :92-119.

37. **Rives J M, B.Guigon, L Richard, D Cantaloube.** Troubles oculo - orbitaires d'origine dentaire Encycl. Méd. Chir, PARIS, 22 - 039 -B- 10 ; 21 - 470 - D - 10.

38. **Friez P**. Accidents de la dent de sagesse inférieure. Concours Méd , 1994, 97(30) : 4547 - 54.

39. **Mathieu, D., et al**, Cervical necrotizingfasciitis: clinical manifestations and management. Clin Infect Dis, 1999. 21(1) : 51 - 6.

40. **Romain, Schmidt P, Hannion X, Letarnec A, Chalumeau F, Legros M**. Cellulites cervico -faciales gangreneuses d' origine dentaire : a propos de 11 cas. Rev. Stomatol ,Chir, Maxillo -fac ,1998,6 : 428 – 37.

41.**Wong TY, Huang Sh, Chung CH, Chen HA.** Cervical Necrotizing Fasciitis of Odontogenic Origin: A Report of 11 Cases. J Oral MaxillofacSurg 2000, 58:1347-52.

42. **Gehanno P., Laucan Saint- Guily J., Vachon F.** Les cellulites cervico-faciales à germes anaérobies : à propos de 10 cas Ann. Otolaryngol. Chir. Cervico -faciale, 1992, 99 : 41 – 46.

43. **El Ayoubi A, El Ayoubi F, Mas E, Guertite A, Boulaïch M, Essakalli L, Benbouzid A, Kzadri M.** Cellulites cervico-faciales diffuses d'origine dentaire: à propos de 60 cas. Médecine Buccale Chirurgie Buccale. 2009;15(3):127–135.

44. **Illé S et al.**, Les Cellulites Cervico-Faciales au Service D'ORL et Chirurgie Cervico-Faciale de l'Hôpital National de Niamey. Journal de la médecine et des sciences de la santé, 2018 ; 19 (3).

45. **AissaMamoune S, Bakhti MZ, Zazoua KD**. Aspects cliniques et thérapeutiques des cellulites cervico faciales d'origine dentaire au niveau du CHU Tlemcen [PhDThesis]. 2014.

46.**Kpemissi E.** Cellulites cervico -faciales d'origine bucco - dentaire : étude de 26 cas au CHU de Lomé. Revue Laryngol.Otol. 1999, 116(3): 195 - 197.

47. **Mighri K, EssidW ,Amari F, Sfar N, Driss N.** Les cellulites cervico-faciales à propos de 25 cas. J Tun ORL Juin 2002; 8:25-27.

48. **Benzarti S, Mardassi A, BenMhamed R, Hachicha A, Brahem H, Akkari K et al.**Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire à propos de 150 cas. J Tun ORL Décembre 2007;19:24-8.

49. **Tung-Yiu W, Jehn-Shyun H, Ching-Hung C, Hung-An C.** Cervical necrotizing fasciitis of odontogenic origin: a report of 11 cases. Journal of Oral and MaxillofacialSurgery. 2000;58(12):1347–1352.

50. **Lkadi N., Raji A.** Les cellulites cervicales: à propos des 50 cas. [marrakech]: caddiayyad, 2011 ; n°67.

51. **Potard G., Marianowski R., Fortun C., Raybaud O., Preveraud D., Jezequel J.A**. Les cellulites de la face et du cou : à propos de 13 cas J.F.ORL 2003, 49(6) : 325 - 337.

52. **PNUD**, Rapport annuel sur le développement humain durable ; année 2019.

53.**Nicot R, Hippy C, Hochart C, Wiss A, Brygo A, Gautier S, et al.** Do anti-inflammatory drugs worsen odontogeniccervico-facial cellulitis? RevStomatolChir Maxillo-Faciale Chir Orale 2014;115:e31–6.

54. **Gerard T, Conessa C, Vourrey G, Sissokho** B. Cellulites cervicales diffuses à propos de 6 observations. J F ORL 1998;4(47).

55. **Bennani-Baïti AA, Benbouzid A, Essakalli-Hossyni L**. Cervicofacial cellulitis: The impact of non-steroidal anti-inflammatory drugs. A study of 70 cases.European annals of otorhinolaryngology, head and neck diseases. 2015; 132(4):181–184.

56. **Sugata T., Fujita Y., Mysken Y., Fujiofa Y.** Cervical cellulitis with mediastinisfrom an odontogenic infections complicated by diabetesvmelitus: Surgery, 1999, 55: 864 – 869.

57. **Diallo OR, Balde NM, Conde B, Camara SAT, Bah AT**. Les cellulites cervico-faciales chez le patient diabétique au CHU de Conakry. Rev Col OdontoStomatolAfrChirMaxillo-fac2006 ;13(3) :13-6.

58. **Carrie EF, Opeyemi OD, Robert HM, Rick MO**, Minneapolis MN Surgical debridement and adjunctive hyperbaric oxygen in cervical necrotizing fasciitis Otolaryngology–Head and Neck Surgery 2009;140:730-4.

59. **Szabo G, Mandrekar P.**A recent perspective on alcohol, immunity, and host defense. Alcohol ClinExp Res; 2009 Feb 33(2):220-32.

60. **Pavia CS, La Mothe M, Kavanagh M.** Influence of alcohol on antimicrobial immunity. BiomedPharmacother; 2004 Mar 58(2):84-9.

61. **Kennel de March A, Béné MC, Derniame S, Massin F, Aguilar P, Faure G.** Tabac et immunité muqueuse: Inflammation ou déficit immunitaire acquis. Publié par Elsevier Masson SAS 2004. 2004: 27-31.

62. **Nikitina OV, Cha ĭnikova IN, Skachkova MA, Barsukova SV.** Features of immunity in tobacco smoking among adolescents. Gig Sanit; 2012 May-Jun (3):59-61.

63. **Boutigny H, Boschin F, Delcourt-Debruyne E.** Maladies parodontales, tabac et grossesse. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 2005;34:74–83.

64. **Ennouri A., Bouzouaia N., Hajri H., Ferjaoui M., Marrakshi H.**, La cellulite cervico -faciale : à propos de 20 cas La Tunisie médicale 1999 , 69 N° 8 / 9 :459 - 462.

65. **Panda NK, SimhadriI S, Sridhara SR**Cervicofacial necrotizing fasciitis: can we expect a favourable outcome? The Journal of Laryngology & Otology October 2004; 118:771–7.

66. **M Broome, B Jaques, Y Monnier.**Les Sinusites d'origine dentaire : diagnostic et prise en charge. Rev Med Suisse 2008 ; 4 : 2080-2084

67. **Skitarelic N, Mladina R, Morovic M, SkitarelicN**.Cervical Necrotizing Fasciitis: Sources and Outcomes. Infection 2003 ;31(1) :39-44.

68. **Kooli H, Mbarek C, Ghorbel A, Tiouiri H, Trabelsi O, Shiri N.** Les cellulites cervicales. J Tun ORL Décembre 2002:56-60.

69. **Tine C. A. B**. Les aspects cliniques et thérapeutiques des cellulites péri maxillaires dans la région de Dakar. Thèse Chir. Dent. Dakar 2004; n°15.

70.**Sarr (Adja Bintou).**Aspects cliniques et thérapeutiques des cellulites péri maxillaires dans le Département de Mbacké Thèse : Chir. Dent. : Dakar : 2008 ; n°04.

71. **Kouassi YM, Janvier B, Dufour X, Bouche G, Klossek J-M**. Microbiology of facial cellulitis related to dental infection. Médecineet maladies infectieuses. 2011;41(10):540–545.

72. **Wolf.H et al**. necrotizing fasciitis of the head and neck. Head Neck,2010;32(12):1592-6.

73. **Cavizzim, Ducrot J G.** Antibiothérapie en pathologie bucco - dentaire. Flammarion'Médecine Sciences, 1997, Belgique.

74. **Laroche J.F ,Blouch.** Problèmes étiologiques poses par une cellulite cervico -faciale. Rev. de StomatoLPARIS ,1996,77(6) : 865 - 68.

75. **Terzic, A., et al**. Severe subcutaneous and deep cervicofacial emphysema of unusual etiology. eur Arch Otorhinolaryngol 2012 ; 269(1): 303-308.

76. **Zhang WJ, Cai XY, Yang C, Zhou LN, Cai M, Lu XF etal.**Cervical necrotizing fasciitis due to methicillin-resistant Staphylococcus aureus: a case report. Int J Oral MaxillofacSurg 2010;39:830–4.

77. **Stalfors J, Adielsson A, Ebenfelt A, NethanderG , Westin T.** Deep neck space infections remain a surgical challenge. A study of 72 patients.ActaOtolarayngol 2004: 1191-6. 2004.

78. **Cristofaro MG, Giudice A, Colangeli W, November D,Giudice M.** Cervical facial necrotizing fasciitis with mediastinic spread from odontogenic origin Two case reports. Ann ItalChir. 2012 Nov;30:83.

79. **La Rosa J, Bouvier S, Langeron O.** Prise en charge des cellulites maxillofaciales. Le praticien en anesthésieréanimation. 2008;12(5):309–315.

80. **Mastronikolis, N.S., et al.**Necrotizing fasciitis of the head and neck: report of 5 cases and review of the literature Eur Rev Med Pharmacol Sci,2010; 14(2): 123-34.

81. **VerdalleP B, Rouguet E, Raynal M et al.** Les cellulites cervico-médiastinales nécrosantes: A propos de 3 cas. Ann Oto-LaryngolChirCervico-Fac. 1997 ; 114: 302-9.

82. **De Tullio, D., etal.**Necrotizing fasciitis: a surgical emergency. Updates Surg 2010;62(2):389-394.

83. **Smith J, Hsu J, Chang J.** Predicting deep neck space abscess using computed tomography. Am J Otolaryngol 2006; 27(4) : 244-7.

84. **Vieira, F., et al.** deep neck infection. Otolaryngol Head Neck Surg 2006; 135(6): 889-93.

85. **Voros, D., et al.,** Role of early and extensive surgery in the treatment of severe necrotizing soft tissue infection. Br J Surg, 1999. 80(9): 1190 - 1.

86. **Christmann D. and coll.,** Erysipèle et fasciite nécrosante: prise en charge, conférence de consensus Ann DermatolVenereol 2003 ;128 :463 - 82 .

87. **Gehanno P., Depondt J**. Chirurgie des cellulites cervico - médiastinales Encyclopédie medico - chirurgicale (Elsevier, Paris), Techniques chirurgicales - Tête et cou. Paris : Elsevier,2001 :46 – 535.

88. **Ouazzani A, Dequanter D, Buttafuoco F, Raynal P, Lothaire P**. Fasciite nécrosante cervicale compliquant un abcès dentaire : observation clinique rare Rev Med Brux 2009;30:99-105. 2009.

89. **Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS).** . Prescription des antibiotiques en odontologie et stomatologie. Recommandations et argumentaire. AFSSAPS, juillet 2011 ; p. 75.

90. **Dubreuil L, Neut C.** Arguments microbiologiques pour optimiser l'antibiothérapie empirique des cellulites cervicofaciales. Les cellulites cervicales : à propos de 50 cas - 90 - Médecine buccale chirurgie buccale 2005;1(11):7-15.

91. **Catherine J-H., Lefevre B.,Nawrocki L., Torres J-H.** Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires. Recommandations de la Société Française de Chirurgie Orale. Disponiblesur:http://www.societechirorale.com/Recommandations/recommandations_foyers _infectieux.pdf.

92. **Yves Boucher, Edouard Cohen** : Urgences dentaires et médicales conduites à tenir, prévention chez le patient à risque. Chapitre 12 Cellulites de Bruno Courrier, Rafael Toledo-Arenas et Nicolas Davido ; Collection JPIO, 2007.

93. **Serghini I, Aissaoui Y, Quamouss Y, Sedikki R, Filali K, Zoubir M et al.**Médiastinite compliquant une cellulite cervicale à porte d entrée dentaire: à propos d un cas et revue de la littérature. Pan africanmedical journal 2011;8(25):1-12.

94. **Rapport HAS.** Oxygénothérapie hyperbare. Service évaluation des actes professionnels. 2007.

95. **Mathieu D.**, Place de I'oxygénothérapie hyperbare dans le traitement des fasciites nécrosantes Ed Mal Infect 2000;30 suppl5 :446-55.

96. **Ranerison H.** Cellulites cervico-faciales extensives et anti-inflammatoires non stéroïdiens. Thèse Med Reims 2000 ; N° 71. 2000.

97. **Blancal, J.**, Cellulites cervico -faciales de l'adulte. Etudes des séquelles loco - régionales et recherche de facteurs pronostiques. A propos de 150 cas. Thèse pour le doctorat en médecine. 2009, Paris.

ANNEXES

ANNEXE 1 : FICHE DE RECUEIL DES DONNEES

Date de consultation:

I. Identification du patient

Numéro du patient:

Age:

Sexe:

Résidence

Profession:

II. Clinique

1. **Motif de consultation:** douleur ☐ tuméfaction ☐ Autres ☐
2. **Antécédents** : Carrie dentaire ☐ Diabète ☐ Immunodépression ☐ Éthylisme chronique ☐ Tabagisme chronique ☐ Intervention chirurgicale ☐
3. **Facteurs favorisants** : mauvais état bucco dentaire ☐ prise d'AINS ☐ alcool ☐ tabac ☐

Angines à répétition ☐ rhino sinusite ☐ Otite ☐ utres ☐

4. **La porte d'entrée**: dentaire ☐ angine ☐ otologique ☐ Furoncle de la face ☐ Autres ☐ Inapparente ☐
5. **Délai de consultation :**
6. **Les manifestations cliniques:**
   Signes fonctionnels: douleur ☐ dyspnée ☐ dysphonie ☐ dysphagie ☐ Autres ☐
   - Signes généraux: fièvre ☐

Examen physique: signes physiques: tuméfaction ☐ trismus ☐ rhinorhée ☐ rhinorragie ☐ œdème palpébral ☐ exophtalmie ☐ Autres ☐

- Aspect de l'abcedation:
- Localisation de la lésion:

- Examen ORL:

- Signes de gravite:

III. Para clinique

- **Biologie :**
  - NFS: hyperleucocytose ?oui ☐ non ☐ pas faite ☐
  - VS: accélérée ☐ normale ☐ , pas faite ☐
  - CRP: positive ☐ négative ☐ , pas faite ☐
  - Glycémie: hyperglycémie ? oui ☐ non ☐ , pas faite ☐
  - Sérologie VIH : positive ☐ négative ☐ , pas faite ☐
- **Bactériologie :**
  - Les germes en causes :

    Antibiogramme oui ☐ non ☐ Si oui, résultats…
- **Radiologie :**
  - Echographie oui ☐ non ☐ Si oui, résultats…
  - Panoramique dentaire: oui ☐ non ☐ Si oui, résultats…
  - Scanner: oui ☐ non ☐ Si oui, résultats…

IV. Thérapeutique

- **Hospitalisation ?** oui ☐ non ☐ , si oui quelle durée ?.....jours ou…….semaines ou……..mois)

- **Traitement médical:**
  - Antibiothérapie : oui ☐ non ☐
    Si oui, laquelle ?
  - Corticothérapie : oui ☐ non ☐
    Si oui, laquelle ?

- **Traitement chirurgical:** oui ☐ non ☐

  Si oui, quel geste chirurgical ?

ANNEXE 2 : SERMENT DE GENEVE

« Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale,
Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité.
Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
Mes collègues seront mes frères.
J'exercerai mon art avec conscience et dignité ;
Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci.
Je respecterai le secret de celui qui se sera confié à moi.
Je ne permettrai pas que les considérations de race, de religion, de nation, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.
Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre la loi de l'humanité.
Je fais ces promesses solennellement, librement et sur l'honneur.

RESUME

But : contribuer à l'étude des cellulites cervico- faciales au CHU Kamenge.

Matériel et méthode : il s'agit d'une étude descriptive rétrospective sur 2 ans (de janvier 2017 à décembre 2018) sur 11 cas de cellulites cervico-faciales colligés dans le service d'ORL au CHU Kamenge.

Résultats : il y avait plus de cas de sexe masculin (54,5%) que de cas de sexe féminin. Les sujets très jeunes étaient les plus représentés ; 6 patients avaient un âge compris entre 0 et 18 ans ,5 parmi eux (45,5%) avaient moins de 5 ans. Le facteur de risque n'était pas retrouvé dans la plupart des cas (81,8%), La porte d'entrée était principalement dentaire (carie dentaire, extraction dentaire, abcès mandibulaire probablement d'origine dentaire), ce qui rejoint les données de la littérature. Les cellulites de la face l'emportaient sur les cellulites cervicales, 8 cas (72,7%) contre 3 cas (27,3%) de cellulites cervicales. Les cellulites péri mandibulaires étaient les plus représentées parmi les cellulites faciales, ce qui rejoint les données de la littérature. Le délai moyen de consultation était de 7,16 jours. Les plaintes les plus fréquentes étaient une tuméfaction locale (72,7%) et une douleur (36,3%) ce qui fait l'unanimité dans la littérature. La fièvre était le seul signe général retrouvé, elle était présente dans 36,3% des cas ; elle était quasi constante dans plusieurs autres études. La lésion était une collection suppurée dans 36,3% des cas. La collection était fistulisée chez 2 patients (18,2%) et la lésion présentait des zones de nécrose dans 2 cas (18,2%). La biologie a révélé une hyperleucocytose modérée, une anémie, un CRP accéléré dans 18,2% chacun et un VS accéléré (9,1%).Peu d'examens d'imagerie avaient été faits. En ce qui est de la prise en charge, elle était à la fois médicale et chirurgicale essentiellement basée sur un drainage des collections associé à une antibiothérapie probabiliste couvrant surtout le streptocoque et les germes anaérobies. La durée moyenne d'hospitalisation était de 14jours. L'évolution était bonne dans tous les cas.

Conclusion : la cellulite cervico-faciale est une affection certes rare mais potentiellement grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Elle requiert une prise en charge multidisciplinaire, difficile et coûteuse représentant encore un défi pour notre système sanitaire et notre société.

Mots clés : cellulite cervico-faciale, facteurs favorisants, clinique, diagnostic, traitement.