

TRAITEMENT DES CELLULITES PERIMAXILLAIRES D'ORIGINE DENTAIRE : EXPERIENCE D'UN SERVICE DE STOMATOLOGIE AU SENEGAL

TREATMENT OF ODONTOGENIC MAXILLOFACIAL SPACE INFECTIONS : A RETROSPECTIVE STUDY OF 340 CASES

NIANG P*, BA A*, DIA TINE S*, DIOP R**, TAMBA B*, KOUNTA A*,
BOUASSALO KM, GASSAMA-BARRY CB*, DIALLO B*

* Service de Chirurgie Buccale, Département d'Odonto-Stomatologie,
Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS) de Dakar

** Service de Stomatologie, Centre Hospitalo-Universitaire Aristide Le Dantec de Dakar

Correspondance : Docteur PAUL DÉBÉ AMADOU NIANG

Maître-assistant, Service de Chirurgie Buccale,
Département d'Odonto-Stomatologie, FMPOS / Université Cheikh Anta DIOP
B.P. 16162 Dakar Fann

RÉSUMÉ

L'objectif de cette étude était de décrire les aspects thérapeutiques d'une ancienne série de cellulites péri-maxillaires d'origine dentaire dans un service de Stomatologie et, de comparer les résultats avec des données récentes.

Les dossiers de patients atteints de cellulites péri-maxillaires et traités dans le service de Stomatologie du CHU Aristide Le Dantec de Dakar sur une période de 47 mois ont été étudiés.

340 cas de cellulite péri-maxillaires ont été traités. Excepté l'incision et le drainage indispensables dans les formes aiguës suppurées, l'antibiothérapie était systématique et l'avulsion de la dent causale était pratiquée dans 95,8 % des cas. Il s'agissait d'une antibiothérapie probabiliste. Les pénicillines (96,9 % en monothérapie) et les associations de pénicillines et de métronidazole (79,3 % en bithérapie) étaient les plus fréquentes. Le traitement conservateur des dents causales était indiqué dans des cas bien sélectionnés de dents antérieures ou de cellulites séreuses, au maxillaire (4,2 %).

Ces résultats en phase avec les données récentes de la littérature montrent la validité de l'attitude thérapeutique en vigueur dans ce service pendant la période couverte par l'étude.

MOTS-CLÉS : CELLULITE PÉRIMAXILLAIRE, TRAITEMENT, ANTIBIOTIQUES, AVULSIONS, SÉNÉGAL

SUMMARY

We retrospectively analyze the management and outcome of odontogenic maxillofacial space infections (OMSI) presenting to oral and maxillofacial surgery unit (Aristide Le Dantec teaching hospital) over a 47-month period. Types of antibiotics administered and treatment modalities adopted were evaluated and compared with other recent statistics.

340 patients were admitted with odontogenic maxillofacial space infections. Without early surgical drainage performed in case of spreading infections, systematic antibiotic therapy coupled with dental extraction (95.8 %) was the most effective treatment. Penicillin (96.9 %) and penicillin/metronidazole (79.3 %) were the most routinely administered antibiotics. Antibiotic therapy is empirical considering the poor medical conditions. Conservative dental treatment is effective in selective cases such as those with minimal abscess formation (4.2 %). One death was reported during the audit period.

The therapeutic protocol adopted presented very positive results in agreement with the medical literature.

KEY WORDS: ODONTOGENIC MAXILLARY SPACE INFECTION, TREATMENT, ANTIBIOTIC, DENTAL EXTRACTION, SENEGAL

INTRODUCTION

Les cellulites périmaxillaires d'origine dentaire sont des processus infectieux du tissu celluloso-adipeux de la face à point de départ dentaire, aux limites souvent imprécises et à tendance extensive [1]. Ces affections sont très répandues et leur prévalence est encore élevée dans les pays en développement [2, 3]. Il s'agit d'urgences thérapeutiques, en raison de la morbidité et même de la mortalité qu'elles induisent [1, 4, 5].

Leur traitement curatif est à la fois médical et chirurgical [6, 7]. Le volet médical, essentiellement antibiotique, s'oppose à la diffusion de l'infection et doit tenir compte de la présence accrue d'anaérobies [7, 8, 9]. Cette antibiothérapie est également le fondement de la prise en charge symptomatique de ces affections [9]. Le volet chirurgical repose sur le drainage de la collection de pus et sur le traitement de la dent causale [7]. La nécessité du drainage ne fait l'objet d'aucune discussion, une fois la collection constituée.

L'objectif de cette étude était de décrire les traitements médical et étiologique des cellulites périmaxillaires d'origine dentaire dans un service de Stomatologie, à partir d'une série qui n'a pas encore été étudiée et, de comparer les résultats avec des données récentes.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive qui a été menée dans le service de Stomatologie du CHU Aristide Le Dantec de Dakar (HALD).

Elle a concerné les dossiers de patients atteints de cellulites périmaxillaires d'origine dentaire inscrits sur des cahiers tenus de janvier 1983 à décembre 1993 et dans lesquels étaient retranscrits tous les cas d'intervention chirurgicale menées sous anesthésie locale sur une période de 47 mois. Les paramètres étudiés étaient socio-économiques (profession) et thérapeutiques (antibiotique, anti-inflammatoire et étiologique).

Au niveau des paramètres socio-économiques, les catégories professionnelles n'étant pas bien distinctes, compte tenu de l'importance du secteur informel au Sénégal, les patients ont été classés de manière arbitraire en 7 groupes (agents administratifs et techniques, agriculteurs, agents de sécurité, artisans, cadres, indépendants et sans revenus). En ce qui concerne les paramètres thérapeutiques, le traitement anticoagulant des thrombophlébites n'a pas été considéré.

RÉSULTATS

340 cas de cellulites périmaxillaires d'origine dentaire traitées dans le service de Stomatologie de l'HALD pendant la période couverte par l'étude ont été recensés.

LA PROFESSION

Les patients sont répartis selon la profession dans le tableau I

Tableau I : répartition des cas selon la profession

Professions	Pourcentages
Agents administratifs et techniques	4,6 %
Agriculteurs	2,1 %
Agents de sécurité	2,1 %
Artisans	11,3 %
Cadres	5,7 %
Indépendants	12,6 %
Sans revenus	61,3 %

LE TRAITEMENT MÉDICAL

A la consultation spécialisée en Stomatologie, un traitement médical en cours était noté dans 4,7 % des cas (16/340). Ces cas de cellulite sont répartis selon le type de traitement médical en cours dans le tableau II. Les pénicillines ½ synthétiques (oxacillines) étaient retrouvées dans 1/16 cas et les tétracyclines l'étaient dans 2/16 cas dont 1 associé à un AINS.

En Stomatologie, les cellulites sont réparties selon les protocoles d'antibiothérapie appliqués dans le tableau III.

En monothérapie, les pénicillines étaient administrées dans 96,9% des cas. Il s'agissait de pénicillines naturelles V et G (54,5 %) et d'amino-pénicillines, c'est-à-dire ampicilline et amoxicilline (42,4 %). Les macrolides prescrits dans 3,1% des cas étaient représentés par la spiramycine (1,5 %), l'érythromycine et la pristinamycine (0,8 % chacune).

En bithérapie, la répartition des cas en fonction des familles antibiotiques administrées est représentée par la figure 1; les associations de molécules sont précisées dans le tableau IV.

En trithérapie, la pénicilline G et le métronidazole étaient associés à de la gentamycine (5 cas), à de la colimyxine (2 cas) ou à du thiophénicol (2 cas). Les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) étaient proscrits tandis que les AIS (anti-inflammatoires stéroïdiens) étaient utilisés dans 2 cas de cellulites diffuses.

Tableau II : répartition des cas de cellulite selon le type de traitement médical en cours avant la consultation spécialisée en Stomatologie

	Cellulites aiguës			Cellulites chroniques
	Circonscrites		Diffuses	
	Séreuses	Suppurées		
TC				
AB	2	6	1	*****
AI		1	1	*****
AB + AI		4	1	*****
Total	2	11	3	*****

TC : Traitements en cours , AB : Antibiotiques, AI : Anti-inflammatoires

Tableau III : répartition des cas de cellulite selon les protocoles d'antibiothérapie (PA) appliqués en Stomatologie

	Cellulites aiguës			Cellulites chroniques
	Circonscrites		Diffuses	
	Séreuses	Suppurées		
PA				
MT	51,2%	39,4%	20%	5
BT	48,8%	58,7%	70%	10
TT		2%	10%	*****
Total	100%	100%	100%	15

PA : Protocoles d'antibiothérapie, MT : Monothérapie, BT : Bithérapie, TT : Trithérapie

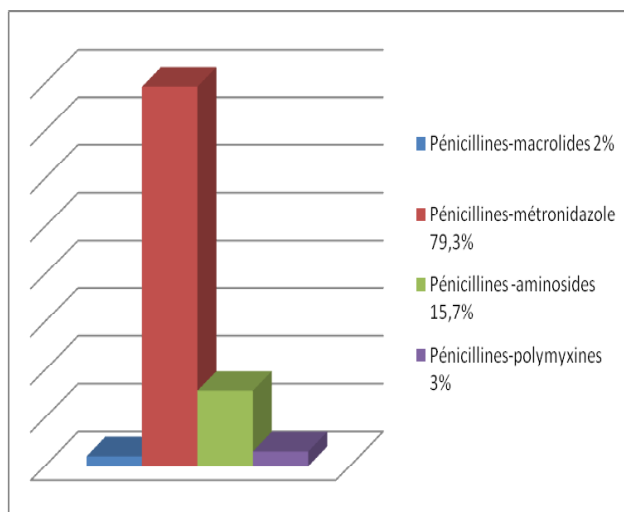


Figure 1 : répartition des cas selon les familles antibiotiques administrées en bithérapie

Tableau IV : répartition des cas selon les molécules associées en bithérapie

Molécules antibiotiques	Pourcentages
Péni G-josamycine	0,5%
Péni G- spiramycine	1,5%
Amoxicilline-métronidazole	11,6%
Ampicilline-métronidazole	16,7%
Péni G-métronidazole	49,0%
Pénicilline V-métronidazole	2,0%
Ampicilline-gentamycine	3,5%
Péni G-gentamycine	12,1%
Péni G -colymixine	3,0%

LE TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE

La répartition des cas en fonction des traitements étiologiques est représentée par la figure 2. La répartition des dents causales maxillaires selon le traitement qui leur était appliqué est présentée sur le tableau V. Toutes les dents causales mandibulaires avaient été extraites.

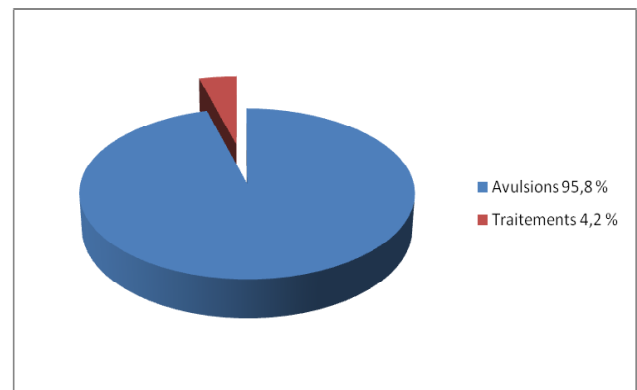


Figure 2 : répartition des cas selon les traitements étiologiques

Tableau V : répartition des dents causales maxillaires selon le traitement qui leur était appliqué

Dents maxillaires	Avulsions	Traitements conservateurs
Incisives centrales	4	5
Incisives latérales	3	1
Canines	2	1
Prémolaires	18	3
1 ^{ères} et 2 ^{èmes} molaires	26	2
3 ^{èmes} molaires	4	*****
Molaires temporaires	8	*****

EVOLUTION

Un décès a été enregistré dans un cas de cellulite diffuse chez une femme enceinte.

DISCUSSION

340 traitements de cellulites périmaxillaires d'origine dentaire ont été rapportés.

Le caractère rétrospectif de ce travail n'a pas permis de prendre en compte le risque de diffusion, le retentissement sur l'état général et l'état buccodentaire des patients. Par contre, selon l'attitude thérapeutique d'école en vigueur alors, il s'agissait d'une antibiothérapie probabiliste commencée en IM 1 heure ½ avant le volet chirurgical et poursuivie pendant 10 jours, en injection ou per os. La fréquence et l'homogénéité des résultats montrent que l'antibiothérapie systématique était largement dominée par l'association pénicilline G-métronidazole et que l'avulsion des dents causales était quasi de règle.

Dans notre série, 4,7 % des patients suivaient déjà un traitement médicamenteux en cours à la consultation dont aucun n'a été retrouvé pour les cas de cellulites chroniques. Ces traitements étaient inopportuns dans la majorité des cas (9/16) et un anti-inflammatoire était retrouvé dans tous les cas de cellulite suppurée ou diffuse. En effet, les pénicillines ½ synthétiques (1 cas) ne sont pas efficaces alors que les résistances aux tétracyclines (2 cas) sont nombreuses [8, 13, 14]. La prise d'un AINS seul ou associé à un antibiotique (7 cas) favorise l'infection, à fortiori si la flore buccale est partiellement couverte par le spectre d'activité [4, 14, 15].

Dans ce service, le protocole le plus utilisé était la bithérapie (respectivement 48,8 %, 58,7 % 70 % des cellulites séreuses suppurées et diffuses). Et l'association pénicilline-métronidazole était la plus prescrite (79,3 % des bithérapies) en accord avec les données les plus récentes selon lesquelles l'amoxicilline est cependant la molécule de choix [8, 14, 16, 17]. La monothérapie largement dominée par les pénicillines (54,5 % de pénicillines naturelles et 42,4 % d'amino-pénicillines) était plutôt réservée aux cas de cellulites séreuses (51,2 % des cellulites séreuses) bien qu'également indiquée pour les cellulites suppurées (39,4 % des cellulites suppurées), de sévérité moyenne notamment, en phase avec la revue de la littérature [3, 8, 13, 14, 16, 17]. Les macrolides étaient utilisées en cas d'allergie aux pénicillines ce qui correspond aux indications habituelles [3, 14, 16, 17]. Toutefois, une étude bactériologique menée dans le même service recommandait à titre ambulatoire, l'érythromycine en 1er lieu

ou l'association amoxicilline-gentamycine moins pratique en raison de l'indispensable voie parentérale pour les aminosides, et en milieu hospitalier, l'association amoxicilline-gentamycine ainsi que, dans les formes très graves, le thiophénicol [8].

L'antibiothérapie était probabiliste comme le rapportent la plupart des auteurs, mais en première intention [4, 5, 10, 11, 12]. Cette antibiothérapie probabiliste était scientifiquement documentée, c'est-à-dire qu'elle tenait compte de données statistiques régulièrement mises à jour.

Le recours quasi-systématique aux médicaments génériques disponibles à la pharmacie de l'hôpital (pénicilline G et métronidazole) et la rareté des antibiogrammes étaient liés à la faiblesse du niveau socio-économique des patients dont plus de 60 % étaient sans revenus. L'HALD faisait office d'Assistance Publique, comme aujourd'hui encore.

Les AINS étaient proscrits du fait que l'inflammation s'oppose à la diffusion de l'infection par la stase sanguine, par l'intervention des macrophages et des cellules phagocytaires ainsi que par le passage des leucocytes dans le volume extravasculaire [14, 18, 19]. Par ailleurs, la prise d'AINS prônée pour minimiser la barrière inflammatoire et favoriser la pénétration de l'antibiotique au sein d'une collection de pus qui sera nécessairement drainée est proscrite. Dans ces conditions l'inflammation et l'antibiothérapie concourent à circonscrire l'infection [14].

En ce qui concerne le confort des patients, l'antibiothérapie est le fondement de la prise en charge symptomatique des cellulites périmaxillaires, tandis que les AINS ne permettent pas de résorber l'œdème déjà constitué en moins de 15 jours [9, 14, 18]. Les AIS prescrits sur une courte durée étaient indiqués pour le traitement de l'urgence respiratoire dans 2 cas de cellulites diffuses, conformément aux recommandations en vigueur [18].

Le traitement étiologique était largement dominé par les avulsions réalisées dans 95,8 % des cas ce qui s'inscrit dans les mesures généralement préconisées [10]. Cette attitude thérapeutique était essentiellement dictée par le contexte d'exercice, autrement dit, la faiblesse du niveau socio-économique des patients dont l'état bucco-dentaire était mauvais et les possibilités financières de restauration ultérieure inexistantes. L'arsenal thérapeutique minimal, c'est-à-dire, la préparation canalair manuelle et l'obturation à base de pâte à l'oxyde de zinc-eugénol avec un cône de gutta percha, limitait d'autant plus les possibilités de traitement que le suivi de l'évolution

des lésions était aléatoire. Les dents conservées étaient exclusivement maxillaires en raison de la pauvreté en tissu cellulaire qui limite les risques de propagation de l'infection à ce niveau. Il s'agissait de dents antérieures à vocation esthétique surtout, parce que leur caractère monoradiculé facilite le traitement endodontique ainsi que la résection et le curetage apical. Des dents postérieures ont parfois été conservées, en cas de cellulites séreuses uniquement.

CONCLUSION

Les résultats dans cette série, confirmés par des données de la littérature récentes, permettent de conclure que sur le plan thérapeutique :

- l'antibiothérapie probabiliste systématique largement dominée par la bithérapie à base de pénicilline G et de métronidazole ou d'amoxicilline et de gentamycine est encore d'actualité aujourd'hui ;

- l'usage proscrit des AINS est conforme aux recommandations les plus récentes en la matière, les AIS étant réservés au traitement de l'urgence respiratoire ;

- et l'avulsion des dents causales quasi de règle est pleinement justifiée, le traitement conservateur réservé à des dents maxillaires antérieures devant demeurer l'exception surtout dans notre contexte d'exercice.

RÉFÉRENCES

- 1 LOPPIN M, ADAMSKI H, LARREGUE M, CADRE B, GODEY B, CHEVRANT-BRETON J. Ulcérations cervico-faciales liées à un foyer infectieux dentaire chez l'enfant. *Arch pédiatr* 2006 ; 13 : 249-241
- 2 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. La santé bucco-dentaire dans les régions africaines. *Bureau régional de l'Afrique pour l'OMS, Harare, 2000* : 37
- 3 DIA TINE S, GASSAMA BARRY BC, NIANG P, SECK O, KEBE NF, YOUNES Y, TINE B, DIALLO B. Aspects cliniques des cellulites périmaxillaires dans la région de Dakar. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 2008; 15: 28-33
- 4 AYOUBI A, AYOUBI F, EMMANUEL M, GUERTITE A, BOULAÏCH M, ESSAKALLI L, BENBOUZID A KZADRI M. Cellulites cervico faciales diffuses d'origine dentaire: à propos de 60 cas. *Med Buc Chir Buc* 2009; 15 : 127-135
- 5 DUBERNARD C, BELLANGER S, CHAMBON G, LEON H, TORRES JH, LOZZA J. Cellulite d'origine dentaire engageant le pronostic vital: à propos d'un cas. *Med Buc Chir Buc* 2009 ; 15 : 119-125
- 6 AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE ET D'ACCREDITATION DES PRODUITS SANITAIRES. Prescription des antibiotiques en Odontologie stomatologie ; 2001
- 7 AMPONSAH EK, DONKOR Life-threatening oro-facial infections. *Gh Med J* 2007; 41: 33-36
- 8 LARROQUE G, DIA-TINE S, EVRARD L, GENTILE B, FATY-NDIAYE C, DIALLO B, DIENG-SARR F. L'antibiothérapie probabiliste des cellulites périmaxillaires au Sénégal. *Med Afr Noire* 1993; 40: 662-665
- 9 STEFANOPOULOS PK, KOLOKOTRONIS AE. The clinical significance of anaerobic bacteria in acute orofacial odontogenic infections. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 98: 398-408
- 10 GADEGBEKU S, CREZOIT GE, AKA GKF, OUATARA B. Cellulites et phlegmons maxillo-faciaux graves en milieu africain. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 1995; 2: 8-11
- 11 ASSA A, ADOU A, CREZOIT G, SIDIBE CA, BILE JL, ANGOH Y, BOUILLET DN, GADEGBEKU S, VILASCO J. Cellulites diffuses et anti-inflammatoires. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 1996; 3: 25-27
- 12 LIMERES J, TOMAS I, ALVARES M, DIZ P. Empirical antimicrobial therapy for odontogenic infections. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 100: 263-264
- 13 COMMISSION DES DISPOSITIFS MEDICAUX DE L'ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE. Comprendre et prendre en charge le traitement des infections bucco-dentaires. *ADF, Paris, 2004*
- 14 NIANG P, DIOP R, DIA-TINE S, TOURE S, DIALLO B. Choix thérapeutiques des fractures mandibulaires: expérience du service de stomatologie de l'HALD. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 2007 ; 14 (3) : 36-41
- 15 ROKOTOARISON RA, RAMAROZATOVO NP, RAKOTO FA, RAKOTOVAO FJ. Cellulites cervico-faciales. *Med Buc Chir Buc* 2008; 14: 35-39
- 17 BENZARTI S, MARDASSIA A, BEN MHAMED R, ACHICHA A, BRAHEM H, AKKARI K, MILED I, CHEBBI MK. Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire: apropos de 150 cas. *J Tun Orl* 2007 ; 19 : 24-28
- 16 DUBREUIL L, NEUT C. Arguments microbiologiques pour optimiser l'antibiothérapie empirique des cellulites cervico-faciales. *Rev Med Buc Chir Buc* 2005 ; 11 : 7-15
- 18 COMMISSION DES DISPOSITIFS MEDICAUX DE L'ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE. Mieux prescrire en Odontologie. *ADF, Paris, 2006*
- 19 SOCIETE FRANCOPHONE DE MEDECINE BUCCALE ET CHIRURGIE BUCCALE ET SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE. Recommandations pour la prescription des anti-inflammatoires en Chirurgie Buccale chez l'adulte. *Rev Med Buc Chir Buc* 2008; 14: 129-159.