



Article original

Profil épidémiologique des cellulites d'origine dentaire dans le district sanitaire de Niono au Mali

Epidemiological profile of cellulitis of dental origin in the health district of Niono in Mali

A Coulibaly*^{2,4}, B Ouologuem¹, AST Kané³, AY Touré¹, A Keita¹, F Sanogo¹, M Coulibaly¹, F Keita¹, K Keita², B Diallo⁴, M Bah⁴, O Diawara⁴, B Ba⁴

Résumé

Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire tiennent une place importante en pratique odonto-stomatologique. Elles constituent une urgence médico-chirurgicale du fait des fortes douleurs qu'elles suscitent et surtout la rapidité avec laquelle elles peuvent apparaître et se développer. L'objectif de cette étude était de décrire le profil épidémiologique des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire dans le district sanitaire de Niono.

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive réalisée au centre de santé de référence de Niono de 2019 à 2021. Elle a concerné tous les cas de cellulites cervico-faciales d'origine dentaire. Les données recueillies ont été compilées, saisies et analysées sur le logiciel Epi Info 3.5.3.

Il a été colligé durant la période d'étude 73 cas. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 31 – 45 ans. Le sexe masculin a représenté 50,68% des cas. Le sex-ratio était de 1,02. La majorité des patients était domicilié dans la ville de Niono soit 63,02% des cas. Les ménagères ont été les plus représentées avec 38,36%. Les patients étaient référés dans 15% des cas. Le délai de consultation était inférieur à 7

jours dans 61,97% des cas. L'automédication a été pratiquée par 68,49% des patients, le traitement traditionnel (fumigation avec des décoctions de plantes) par 17,81% des patients. L'antécédent de diabète a été observé chez 2,74% des patients. La tuméfaction douloureuse était le principal motif de consultation avec 86,20% des cas. La cellulite était de localisation génienne basse dans 34,25% des cas. L'incision-drainage a été pratiquée chez 27,4% des cas. L'extraction de la dent causale a été réalisée dans 72,60% des cas. L'évolution a été favorable chez 95,90% des cas.

Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire sont fréquentes dans notre contexte et peuvent se rencontrer à tous les âges et dans les deux sexes.

Mots-clés : cellulite, origine dentaire, face, cou, Niono.

Abstract

Cervicofacial cellulitis of dental origin holds an important place in odonto-stomatological practice. They constitute a medico-surgical emergency because of the severe pain they cause and especially the speed with which they can appear and develop. The objective

of this study was to describe the epidemiological profile of cervico-facial cellulitis of dental origin in the health district of Niono.

This was a descriptive cross-sectional study carried out at the Niono reference health center from 2019 to 2021. It concerned all cases of cervico-facial cellulitis of dental origin. The data collected was compiled, entered and analyzed using Epi Info 3.5.3 software.

It was collected during the study period 73 cases. The most affected age group was 31-45 years old. The male gender accounted for 50.68% of cases. The sex ratio was 1.02. The majority of patients were domiciled in the city of Niono, i.e. 63.02% of cases. Housewives were the most represented with 38.36%. Patients were referred in 15% of cases. The consultation time was less than 7 days in 61.97% of cases. Self-medication was practiced by 68.49% of patients, traditional treatment (fumigation with plant decoctions) by 17.81% of patients. The history of diabetes was observed in 2.74% of patients. Painful swelling was the main reason for consultation with 86.20% of cases. Cellulite was of low genial location in 34.25% of cases. Incision-drainage was performed in 27.4% of cases. The extraction of the causal tooth was performed in 72.60% of cases. The evolution was favorable in 89.04% of cases.

Cervicofacial cellulitis of dental origin is frequent in our context and can be found at all ages and in both sexes.

Keywords: cellulite, dental origin, face, neck, Niono.

Introduction

Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire tiennent une place importante en pratique odontostomatologique. Ce sont des infections des espaces cellulaires de la face et du cou ayant pour origine un organe dentaire ou des éléments périodontaires. Elles surviennent le plus souvent après une nécrose pulpaire [1,2]. Elles constituent de loin la première complication locorégionale des foyers infectieux dentaires et

constituent une urgence médico-chirurgicale du fait des fortes douleurs qu'elles suscitent et surtout la rapidité avec laquelle elles peuvent apparaître et se développer. Elles peuvent survenir chez des patients jeunes en bonne santé immunocompétent. Les cas de départ mandibulaire ont une particularité de diffuser rapidement vers les voies aérodigestives supérieures en profondeur vers le médiastin. La compression de ces voies est parmi les complications les plus redoutables [1, 2, 3]. En Tunisie dans une étude [4], il a été trouvé 150 cas de cellulites diffuses sur une période de 10 ans. En Afrique saharienne, dans une étude [5] au Sénégal, il a été trouvé sur une période de 6 mois 187 cas sur 10770 consultations. Au Mali, dans étude [6] réalisée en 2014 dans le district de Bamako, les cellulites d'origine dentaire ont représenté 10,67% des consultations. Toutefois, peu d'études ont été réalisées sur le sujet en milieu rural notamment à Niono. C'est ainsi que cette étude a été menée et qui pour objectif de décrire le profil épidémiologique des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire dans le district sanitaire de Niono.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive réalisée dans le service d'odontostomatologie du centre de santé de référence (csref) de Niono sur une période de 2 ans allant de Septembre 2019 à Août 2021. Ont été inclus dans cette étude, tous les patients venus en consultation chez qui le diagnostic de cellulite cervico-faciale d'origine dentaire a été posé cliniquement et ayant accepté la prise en charge. N'ont pas été inclus dans cette étude, les cas de cellulites post traumatique ou tumorale et les cellulites d'étiologie infectieuse non dentaire. Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique complet. Les examens radiologiques (Face basse et défilé) et biologiques (Numération-formule sanguine, groupage-rhésus, glycémie, sérologie VIH) ont été demandés en fonction de la gravité de la cellulite et du terrain. Les dossiers des patients et le registre de consultation ont été les principales sources d'information. Les variables étudiées étaient : âge,

sexe, profession, résidence, délai de consultation, antécédents, traitement reçu avant la consultation, motif de consultation, siège de la cellulite, traitement reçu, évolution. Les données ont été consignées sur une fiche d'enquête établie à cet effet. Les données recueillies ont été compilées, saisies et analysées sur le logiciel Epi Info 3.5.3.

Résultats

Durant la période d'étude, il a été colligé 73 cas sur 3534 consultations soit une prévalence de 2,06%.

L'incidence était de 35 cas en 2020 et 38 cas en 2021.

La tranche d'âge la plus touchée était celle de 31 – 45 ans. La moyenne d'âge a été de 32,21 ans avec un écart type de 15,71. Les âges extrêmes ont été de 5 ans et 72 ans. Le sexe masculin était légèrement prédominant avec 50,68% des cas. Le sex-ratio était de 1,02.

La majorité des patients était domiciliée dans la ville de Niono soit 63,02% des cas. Les ménagères étaient les plus représentées avec 38,36%, suivies des cultivateurs avec 26,03% des cas. Dans la majorité des cas, les patients sont venus d'eux même en consultation tandis que 15, 0 % des cas ont été référés.

Le délai de consultation était inférieur à 7 jours dans 61,97 des cas et supérieur 4 semaines dans 12,68% des cas. Le tabagisme était observé chez 9, 60% des cas. L'automédication a été pratiquée par 68,49% des patients, le traitement traditionnel (fumigation avec des décoctions de plantes) par 17,81% des patients. Des antécédents médicaux ont été observés chez 16, 44 % des cas. Le diabète a été observé chez 2,74% des patients. La tuméfaction douloureuse était le principal motif de consultation avec 86,20% des cas suivie du trismus avec 12,33%. La cellulite était de localisation génienne basse dans 34,25% des cas et sous mentale à extension cervicale dans 30,14% des cas.

Les molaires permanentes étaient le groupe de dent le plus concerné avec 82,19% des cas. Les dents mandibulaires ont été les plus représentées avec 86,20% des cas. La sérologie VIH était positive dans 1,37% des cas. La radiographie a été réalisée

chez 45,21% des cas. L'incision avec drainage a été pratiquée dans 27,4% des cas. L'extraction de la dent causale a été réalisée dans 72,60% des cas. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement médical à base antibiotique d'antalgique et d'antiseptique.

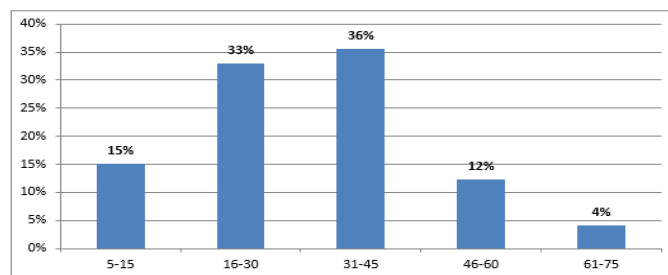
Tableau I : Répartition des patients en fonction des dents causales

Dents causales	Effectif	Pourcentage (%)
Incisives	1	1,36
Canines	2	2,73
Prémolaires	10	13,69
Molaires	60	82,19
Total	73	100,00

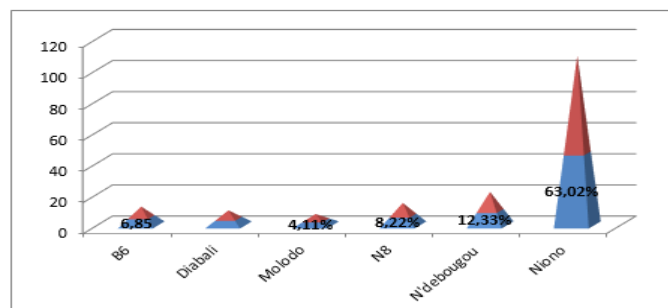
Tableau II : Répartition des patients en fonction de l'évolution

Type de sortie	Effectif	Pourcentage (%)
Référence	02	2,74
Décès	01	1,40
Guérison	70	95,90
Total	73	100,00

L'évolution a été favorable dans 95,90% des cas.



Graphique 1 : Répartition des patients en fonction de l'âge



Graphique 2 : Répartition des patients en fonction de la résidence

Discussion

Les cellulites cervico-faciales sont fréquentes, constituent de loin la première complication locorégionale des foyers infectieux dentaires et constituent une urgence médico-chirurgicale. Au Cameroun, certains auteurs [7], ont rapporté un taux de 10,1%. Au Mali, une prévalence de 10,67% a été constatée dans une étude en 2014 [6]. Elles peuvent concerner tous les âges mais le plus souvent l'adulte jeune [4-7]. Cette tendance a été constatée dans cette étude. Le sexe masculin était légèrement prédominant avec 50,68% des cas. Cette prédominance masculine a été rapportée par plusieurs auteurs [7-10]. En revanche, d'autres auteurs [5, 6] ont signalé plutôt une prédominance féminine. La plupart des patients résidait dans la ville de Niono. Ce constat pourrait s'expliquer par la position géographique du centre, située dans la ville de Niono, donc accessible aux populations de cette ville. Dans la présente série, 84,93% des patients sont venus d'eux-mêmes en consultation. Cette même tendance a été rapportée par certains auteurs [6] qui ont trouvé 89,92%. Le retard de diagnostic et de prise en charge a été rapporté dans les séries africaines [5, 6, 11]. Ce constat a été fait dans la présente étude. La méconnaissance de la pathologie, le manque de ressources financières, le recours aux tradithérapeutes en première intention pourraient expliquer cet état de fait. Les facteurs favorisants des cellulites cervico-faciales sont nombreux : diabète, intoxication alcool-tabagique, immunodépression, prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens [4, 9, 11]. Dans l'étude [9], le tabac représentait le deuxième facteur de risque retrouvé après le diabète. Dans cette étude, l'antécédent de diabète et d'intoxication tabagique ont été observés.

Le diagnostic d'une cellulite cervico-faciale est clinique. La tuméfaction cervico-faciale, quasi constante, est inflammatoire et douloureuse. A elle seule, elle est fort évocatrice de cellulite [9]. Dans cette étude, la tuméfaction douloureuse a été le principal motif de consultation. L'association à un trismus et à une odynophagie est habituelle. La dyspnée doit faire

rechercher une médiastinite surajoutée. Les signes généraux font rarement défaut : fièvre, frissons, sueurs. L'origine des cellulites cervico-faciales est le plus souvent dentaire, amygdalienne ou autres (cutanée, sinusienne...) [4, 9, 11]. Dans cette série, l'origine était exclusivement dentaire. Ceci s'explique par le fait que les autres causes de cellulite n'ont pas été incluses dans cette étude. L'incidence élevée des cellulites odontogènes est essentiellement due à la mauvaise hygiène bucco-dentaire [12]. Les germes en cause sont variables ; il s'agit le plus souvent des germes saprophytes de la cavité buccale. La prédominance des germes anaérobies fait l'unanimité des auteurs [9]. La radiographie dentaire panoramique s'impose en cas de cellulite odontogène. Elle peut objectiver les foyers cariés, les zones d'ostéolyse péri-apicale et les foyers granulomateux. La radiographie du thorax fait le diagnostic des complications en particulier la diffusion de l'infection vers le médiastin. La tomодensitométrie grâce à son excellente résolution en densité tissulaire et osseuse permet de préciser la nature inflammatoire d'une tuméfaction cervicale, d'évaluer son extension et de rechercher une collection dont la mise en évidence imposerait le drainage chirurgical. La tomодensitométrie est d'un apport considérable dans le diagnostic d'une extension médiastique dont les signes initiaux sont parfois extrêmement frustes [9, 13].

Le traitement médical est basé sur une antibiothérapie ciblée et efficace rentrant pour les formes graves dans le cadre d'une réanimation adaptée. Tous les patients ont bénéficié un traitement médical à base antibiotique, d'antalgique et de bains de bouche. L'oxygénothérapie hyperbare permet un effet bactériostatique sur les germes anaérobies mais n'est pas d'utilisation courante. Elle n'a pas été utilisée dans notre contexte. Le traitement chirurgical est nécessaire en cas de collections suppurées ou de plages de nécrose. [14]. L'extraction des dents causales et l'incision avec drainage ont été réalisés respectivement chez 72,60% et 27,40% de nos patients. L'évolution est généralement favorable après un traitement adapté dans les cellulites non

compliquées. Dans les cellulites diffuses, le pronostic vital peut être engagé. Dans cette série la mortalité était nulle du fait que les cas graves ont été évacués vers les hôpitaux mieux équipés. Ce même constat a été fait par certains auteurs [9].

Conclusion

Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire sont fréquentes dans notre contexte et peuvent se rencontrer à tous âges et dans les deux sexes. Un retard de diagnostic et de prise en charge sont fréquemment observés. La pauvreté, la mauvaise hygiène bucco-dentaire, le recours aux traitements traditionnels et l'insuffisance de communication pour la santé bucco-dentaire contribuent à l'augmentation de cette fréquence. Sous traitement adapté et avec surveillance, elles évoluent le plus souvent favorablement. La prévention repose sur les mesures de prévention et de lutte contre la carie dentaire.

*Correspondance

Amady Coulibaly

coulibalyamady@yahoo.fr

Disponible en ligne : 10 Mars 2022

- 1 : Centre de Santé Référence de Niono, Mali
- 2 : Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale, CHU-CNOS, Bamako-Mali
- 3 : Infirmerie Hôpital de Bamako, Mali
- 4 : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie, Bamako-Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2022

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] BRUNATO D et coll. Les cellulites d'origine dentaire: classification, étiologie, bactériologie et traitement. Illustration Clinique. Thèse de Chirurgie Dentaire, Nancy, 2008, p: 1-3.
- [2] Rose C, Tellian C, Feri F, Donazzan M. Les cellulites faciales graves. Rev. Stomatol. Chirurgie Maxillo fac. 1997, 98(4) : 269-271.
- [3] Lin C, Yeh FL et al. Fasciite nécrosante de la tête et du cou : une analyse de 47 cas. Plast Reconstr Surg. 2001 ; 107 (7):1684-93.
- [4] BENZARTI. S et coll. Les cellulites cervico-faciale d'origine dentaire. Tunisie orl, 2007, 19, p : 24-28.
- [5] SARR A B. Aspects clinique et thérapeutique des cellulites périmaxillaires dans le département de MBACKE. Thèse de Chirurgie Dentaire, Dakar, 2007, N°04.
- [6] KAMPO B M. Cellulite périmandibulaire : Aspect épidémiologique, clinique et thérapeutique au service de stomatologie et de chirurgie maxillo faciale du CHU-OS de Bamako : à propos de 258 cas. Thèse de chirurgie dentaire, Bamako, 2014, p : 1-120.
- [7] BENGONDO C H, BITAR C, AVANG N T C, MEENGONG H, BENGONO G. Cellulites et phlegmons d'origine dentaire au C.H.U de Yaoundé. Rev. Odontostomatol. Tropical. 2006 ; 29 (113) : 22-26.
- [8] Potard G, Marianowski R, Fortune C, et al. Cellulites de la face et du cou à propos de 13 cas. JF ORL. 2000 ; 49 : 325-37.
- [9] Rouadi S, Ouaiissi L, El Khiati R, et al. Les cellulites cervico-faciales à propos de 130 cas. Pan Afr Med J .2013; 14:88.
- [10] A. El AYOUBI et coll. Cellulite cervico-faciale diffuse d'origine dentaire à propos de 60 cas. Médecine buccale, chirurgie buccale 2009, vol 15 N° 03 p : 129.
- [11] Coulibaly, A, Kassambara, A, Sidibé, Y, Camara, D, Maïga, A S, Keita, K, Touré A, Ba, B, Traoré H and Minta D K. Head and Neck Cellulitis of Dental Origin and HIV Infection: 24 Cases. International Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery, 11, 18- 24.
- [12] Boca P, Moreau P. Complications cervicales d'infections dentaires : les causes - le diagnostic - le traitement. Acta Oto-Rhino-laryngol. 1995 ; 49 : 37-44.
- [13] Mateo J, Petipas F, Payen D. Dermohypodermes

bactériennes nécrosantes et fasciites nécrosantes. Cellulites
ORL Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation.
2006 ; 25 :975–977.

[14] Lortat-Jacob A. Hypodermes et fasciites nécrosantes des
membres chez l'adulte : Prise en charge chirurgicale. Med
Mal Infect. 2000 ; 30 (Suppl 5):438–45.

Pour citer cet article :

A Coulibaly, B Ouologuem, AST Kané, AY Touré,
A Keita, F Sanogo et al. Profil épidémiologique des
cellulites d'origine dentaire dans le district sanitaire
de Niono au Mali. *Jaccr Africa* 2022; 6(1): 318-323