

Article original

Cellulites Cervico-Faciales en Milieu Hospitalier Camerounais

Cervico-facial necrotizing fasciitis in Cameroon: an ENT inpatient study.

Njifou Njimah A¹, Essama L¹, Kouotou E A², Moby H¹, Mapoure Y¹, Motah M¹, Ndjock R².

¹Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques (FMSP) de l'Université de Douala.

²Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé.

Corresponding author: Dr Njifou Njimah Amadou, Chef Service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale de l'Hôpital Laquintine de Douala
B. P.: 23 Mbouda, Cameroun. Tel. : (+237) 79161300 E-mail: amanjifou@yahoo.fr

ABSTRACT

OBJECTIVES

Cervico-facial necrotizing fasciitis is an ENT emergency disease with poor prognostics. The objective of this study was to describe clinical presentation and management of cervico-facial necrotizing fasciitis and to identify prognostics factors.

METHODS

This was a retrospective and prospective study from the 1st January 2009 to 31st December 2011 in the ENT department of Laquintine hospital in Douala. We included all in-patients with cervico-facial necrotizing fasciitis and we recorded age, sex, past history about alcohol, tobacco, diabetes and HIV infection, clinical presentation as portal of entry, signs and symptoms, treatment and complications.

RESULTS

Seventy nine patients were enrolled of a total of 864 hospitalized patients; with the ages between 2 and 73 years. The sex ratio was 1.19 with a male predominance. Concerning morbidity factors, we noted that 45 study participants consumed tobacco, 34 consumed alcohols, 31 were HIV positive and 16 were diabetic. The main origin of necrotizing fasciitis was dental infections in 54.4% of cases. The main signs and symptoms were local inflammatory swelling in all 79 cases, fever in 65 cases, and dysphagia in 55 cases. At the therapeutic level, antibiotics were prescribed to all patients. Corticosteroids were used in 24.1% of cases. The evolution was favorable, in 81.0% of cases. We recorded a mortality rate of 10.1 %. The main complications were mediastinitis and septicemia. The prognosis was poorer in HIV infected and diabetic patients.

CONCLUSION

The frequency of cervico-facial necrotizing fasciitis for ENT inpatients was 9.1 %. Complications were recorded in 19.0%. The mortality rate was 10.1%.

KEY WORDS

Cervico-facial necrotizing fasciitis- complications, diabetes, HIV, Douala.

RÉSUMÉ

OBJECTIFS

La cellulite cervico-faciale est l'une des urgences en oto-rhino-laryngologie les plus graves pouvant engager rapidement le pronostic vital. Le but de notre étude était de décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales et d'identifier les facteurs pronostiques.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective (du 1^{er} janvier 2009 au 30 juin 2011) et prospective (du 1^{er} juillet au 31 décembre 2011) au service ORL de l'Hôpital Laquintine de Douala. Etaient inclus tous les patients hospitalisés présentant une cellulite cervico-faciale. Les paramètres suivants ont été étudiés : l'âge, le sexe, les antécédents sur l'alcoolisme, le tabagisme, le diabète et l'infection au VIH, les éléments cliniques notamment la porte d'entrée, les symptômes et signes et les complications.

RESULTATS

Nous avons enregistré 79 cas sur 864 malades hospitalisés. L'âge variait de 2 à 73 ans avec 46,8% des cas entre 21 et 40 ans. Le sex ratio était de 1.2 avec une prédominance masculine. Nous avons noté 57,0% des cas de tabagisme, 39,2% d'infection à VIH et 20,3% de diabète. La principale porte d'entrée était dentaire 54,43%. Les principaux signes et symptômes étaient la tuméfaction inflammatoire cervico-faciale (79 cas), la fièvre (65 cas) et la dysphagie (55 cas). L'antibiothérapie était systématique (10 à 27 jours), les corticoïdes ont été utilisés chez 24,1% des patients. L'évolution a été favorable vers la guérison dans 81,0% des cas, le taux de mortalité a été de 10,1%. Les principales complications étaient la médiastinite (4 cas) et la septicémie (3 cas). Le pronostic était aggravé par l'infection à VIH et le diabète.

CONCLUSION

La cellulite cervico-faciale représente 9,1% des sujets hospitalisés en ORL. 19,0% des sujets atteints ont des complications. Le taux de mortalité est de 10,1%.

MOTS CLES

Cellulite cervico-faciale, complications, diabète, VIH, douala.

INTRODUCTION

La cellulite cervico-faciale est une infection bactérienne extensive des espaces aponévrotiques de la face et du cou [1]. Décrite pour la première fois par Hippocrate au 5^e siècle [1], elle représente aujourd'hui l'une des urgences en oto-rhino-laryngologie (ORL) les plus graves pouvant engager rapidement le pronostic vital. Elle nécessite donc une prise en charge adéquate et multidisciplinaire.

Cette affection est devenue plus fréquente avec l'émergence du VIH. En effet, plus de la moitié de patients infectés par le VIH peuvent présenter des atteintes ORL dont 5% sont des cellulites cervico-faciales [1]. Ceci nous a amené à mener à l'hôpital Laquintinie de Douala au Cameroun cette étude dont le but était de décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales d'une part et de déterminer les facteurs favorisants les complications et la mortalité d'autre part.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude en deux phases : l'une rétrospective (du 1^{er} janvier 2009 au 30 juin 2011) et l'autre prospective (du 1^{er} juillet au 31 décembre 2011) effectuée au service ORL de l'Hôpital Laquintinie de Douala.

Nous avons inclus tous les dossiers des patients hospitalisés présentant une cellulite cervico-faciale, le diagnostic de cellulite a été posé sur la base des éléments cliniques et notamment la douleur et la tuméfaction cervicale. Pour chaque patient inclus, on recueillait selon une fiche préétablie les données concernant : l'âge, le sexe, les antécédents sur l'alcoolisme, le tabagisme, le diabète et l'infection au VIH, les éléments cliniques notamment la porte d'entrée, les symptômes et signes, les complications et le germe en cause dans la partie prospective. Les données ont été compilées et analysées en faisant la moyenne arithmétique simple ou les pourcentages.

L'étude a eu la clairance éthique du comité institutionnel d'éthique.

RÉSULTATS

Sur un total de 864 patients hospitalisés pendant les trois années de l'étude, nous avons enregistré 79 cas de cellulites cervico-faciales, soit un pourcentage de 9,1% et 0,7% des 10972 consultations ORL effectuées pendant cette période. Il y a eu 60 cas pour

la phase rétrospective et 19 pour la phase prospective. L'âge moyen était de 37 ans (extrêmes : 2 et 73 ans) dont 46,84% entre 21 et 40 ans (tableau I). Il y avait une prédominance masculine avec un ratio de 1,19.

Les principaux signes cliniques étaient la tuméfaction inflammatoire cervico-faciale (100%) (Figures 1 et 2, la fièvre dans 65 cas (82,3%), la dysphagie dans 55 cas (69,6%), les adénopathies cervicales dans 54 cas (68,4%), le trismus dans 40 cas (50,6%), la dyspnée dans 15 cas (19,0%) et la crépitation sous-cutanée dans 7 cas (8,9%) (Tableau II).

En ce qui concerne les facteurs favorisants et les comorbidités, nous avons noté 45 cas de tabagisme (57,0%), 34 cas d'alcoolisme (43,0%), 31 cas d'infection au VIH (39,2%) et 16 cas de diabète (20,3%). Les principales portes d'entrée étaient bucco-dentaires 43 cas (54,4%), ORL (sinusienne, pharyngée et otologique) 19 cas (24,1%), cutanées 13 cas (16,5%) et non précisées dans 4 cas.

Au plan anatomoclinique, il y avait 49 cas de cellulites collectées soit 62,0%, 23 cas non collectées soit 29,1% et 7 cas de formes gazeuses soit 8,9%. Il y avait une hyperleucocytose chez 57 patients soit 72,2%, une anémie chez 19 patients soit 24,1% et une leucopénie chez 13 patients soit 16,5%. Sur le plan bactériologique, l'identification du germe a été faite chez 11 patients sur les 19 de la phase prospective. Il s'agissait de : Streptocoque (5 cas), Staphylocoque (3 cas) et Escherichia coli (3 cas).

Au plan thérapeutique, l'antibiothérapie était basée sur 4 protocoles administrés par voie parentérale : Ceftriaxone, Gentamycine et Métronidazole chez 41 patients (51,9%), Amoxicilline+Acide Clavulanique et Métronidazole chez 16 patients (20,3%), Ciprofloxacine et Métronidazole chez 14 patients (17,7%) et Ofloxacine chez 8 patients (10,1%). La durée du traitement variait de 10 à 27 jours avec 5 à 17 jours par voie parentérale suivie du relais par voie orale pendant 5 à 10 jours. Les anti-inflammatoires stéroïdiens ont été utilisés chez 19 patients (24,1%) notamment la Dexaméthasone et l'Hydrocortisone. L'incision avec drainage a été effectuée chez 71 patients (89,9%). La trachéotomie a été nécessaire chez 2 patients ayant une médiastinite avec dyspnée.

TABLEAU I : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE SEXE ET LES TRANCHES D'ÂGE

Age (ans)	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	>60	Total
Sexe														
F	2	2	2	1	4	5	5	4	2	1	2	3	3	36
M	3	1	3	3	5	6	4	4	3	1	4	4	2	43
Total	5	3	5	4	9	11	9	8	5	2	6	7	5	79

Tableau II : Répartition des signes et symptômes

Signes et symptômes	Effectif	(%)
Inflammation cervicale	79	100

Fièvre	65	82,3
Dysphagie	55	69,6
Adénopathies cervicales	54	68,4
Trismus	40	50,6
Dyspnée	15	19,0
Crépitations sous cutanées	7	8,9

L'évolution a été favorable avec disparition des symptômes et signes cliniques après un mois de traitement chez 64 patients soit 81,0%, et 15 patients ont évolué vers les complications dont 8 décès, soit une mortalité de 10,1%. Quant aux 7 cas de complications sans décès, soit 8,9% on notait une médiastinite chez 4 patients (5,1%) et une septicémie chez 3 patients (3,8%).



FIGURE 1 : CELLULITE CERVICO-FACIALE GANGRENEUSE EXTENSIVE CHEZ UN DIABÉTIQUE DE 53 ANS.

En ce qui concerne les facteurs pronostiques liés au terrain, nous avons recensé 16 patients diabétiques avec des complications dans 12 cas soit 75% et 3 complications chez les 63 patients non diabétiques soit un risque relatif des complications chez les diabétiques multiplié par 4. Concernant les 31 patients VIH positif, 13 d'entre eux ont évolué vers les complications (41,9%) et 2 cas de complications chez les 48 patients VIH négatifs soit un risque relatif des complications chez les patients VIH positifs multiplié par 6,5. Nous avons noté une sérologie VIH positive chez 10 patients diabétiques dont 9 ont évolué vers les complications (90%) avec 7 cas de décès sur les 8 patients décédés (87,5%).



FIGURE 2 : CELLULITE FACIALE COMPLIQUANT UNE PANSINUSITE GAUCHE CHEZ UN PATIENT DE 18 ANS.

DISCUSSION

Dans cette étude, nous reportons 79 cas de cellulites cervico-faciales sur une période de 3 ans pour 864 malades hospitalisés au service ORL soit un pourcentage de 9,1%. Ces chiffres ne reflètent pas l'ampleur du problème, car de nombreux cas ont été pris en charge en ambulatoire ou dans d'autres services. Avec plus de 26 cas par an, nos résultats sont proches de ceux de Tran Ba Huy en France [3] qui a recensé 25 cas par an. Hounkpé [4] avait trouvé 5 cas par an à Cotonou en 2008, Kaba [5] 132 cas par an en 1992 dans un service dentaire au Gabon. Diallo [6] avait trouvé 4 cas par an chez les patients diabétiques à Conakry en 2003. L'incidence variait en fonction du service de recrutement.

Le sex ratio a été de 1,19 en faveur des hommes dans notre série, de 1,38 pour Tran Ba Huy [3], de 2 pour Hounkpé [4], et de 1,18 pour Kaba [5]. Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par l'état bucco-dentaire souvent négligé chez les hommes constituant ainsi la principale porte d'entrée de la cellulite cervico-faciale.

L'âge de nos patients variait de 2 à 73 ans avec une moyenne d'âge de 37 ans et un pic de fréquence entre 26 et 30 ans, La moyenne d'âge était de 49 ans chez Tran Ba Huy [3] et le pic de fréquence entre 30 et 35 ans chez Keita [7], ce qui confirme la prédominance décrite chez le jeune adulte.

Le tabagisme était retrouvé chez 57,0% de nos patients contre 46% chez Tran Ba Huy [3]. En effet, le tabagisme est très souvent associé à un état bucco-dentaire défectueux prédisposant à la cellulite cervico-faciale. Nous avons recensé 20,3% des diabétiques et 39,3% des patients porteurs de l'infection au virus de l'immunodéficience acquise humaine (VIH). Keita au Mali [7] avait trouvé respectivement 4,76% et 9,52% et Tran Ba Huy [3] 12% et 2%. Ces affections qui altèrent le système de défense et favorisent la survenue des infections diverses dont probablement les cellulites cervico-faciales.

Au plan clinique, la principale porte d'entrée dans notre série était bucco-dentaire (54,4%). Elle est retrouvée dans la plupart des séries : Tran Ba Huy [3] 35%, Hounkpé [4] 21,81%, Kaba [5] 95%, Diallo [6] 74%, Bengondo [8] 94%, Ayoubi [9] 90%, Benzarti [10] 92% et Rifki [11] 88%. La principale manifestation clinique était la tuméfaction inflammatoire cervico-faciale suivi de la fièvre, de la dysphagie, des adénopathies cervicales, du trismus et de la dyspnée. Ce résultat est identique à celui de nombreux auteurs comme Tran Ba Huy [3], Rakotoarison [13], Rush [14]. Pour Bengondo [12] la fièvre a été le principal signe retrouvé chez tous les patients.

Au plan étiologique, le germe n'a été identifié que chez 11 patients soit 13,9% des cas, ce qui ne nous a pas permis de tirer des conclusions.

Au plan thérapeutique, la durée de l'antibiothérapie variait de 10 à 27 jours contre 9 à 26 jours pour Tan Ba Huy [3]. La plupart des auteurs ont utilisé plusieurs associations avec une double ou triple antibiothérapie comme dans notre série avec très souvent un bêta-lactamine et un imidazolé [4, 5, 6, 9].

Au plan évolutif et pronostique, nous avons noté un taux de complication de 19,0%, la principale complication étant la médiastinite 5,1%. Le taux de mortalité était de 10,13%. Tran Ba Huy [3] avait trouvé une mortalité de 7,3% et 12,8% de médiastinite, Hounkpé [4] une mortalité de 12,73%, Keita [7] une mortalité de 28,57% et Diallo [6] un taux de complication de 21%. L'analyse des cas de complications a permis d'identifier certains facteurs favorisants tels que le VIH-SIDA et le diabète. La médiastinite est un facteur de létalité important car 75% des patients décédés avaient une médiastinite, tout comme l'association diabète et VIH. Le diabète et le VIH-SIDA ont été identifiés comme facteurs favorisants et aggravants des complications.

CONCLUSION :

La cellulite cervico-faciale est une affection grave de l'adulte jeune de sexe masculin. Les complications sont fréquentes et la mortalité élevée. Le diabète et le VIH sont des facteurs péjoratifs pour le pronostic.

CONFLITS D'INTERETS

Aucun

REFERENCES

- [1] Serghini I, Aissaoui Y, Quamouss Y, Sedikki R, Filali K, Zoubir M, Boughanem M. Médiastinite compliquant une cellulite cervicale à porte d'entrée dentaire à propos d'un cas et revue de la littérature. *Pan African Medical Journal* 2011 ; 8 : 25.
- [2] Ondzotto G, Ibara JR, Mowondabeka P, Galiba J. Les manifestations ORL et cervico-faciales de l'infection par le VIH en zone tropicale à propos de 253 cas congolais. *Bull Soc Pathol Exot* 2004 ; 97 : 59-63.
- [3] Tran Ba Huy P, Blancal JP, Verillaud B, Mabazza A, Herman P. Les cellulites cervico-faciales une grave urgence ORL. *Bull Acad Natle Méd*, 2011 ; 195(3) : 661-78.
- [4] 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. *Médecine d'Afrique Noire* 1990 ; 1 : 37.
- [5] Kaba M, Cadot S, Miquel JL. Les cellulites perimaxillaires a l'hôpital provincial de Mouila. *Odonto-stomatologie Tropicale* 1998 ; 4 : 18-22.
- [6] Diallo OR, Balde NM, Conde B, Camara SAT, Bah AT. Les cellulites cervico-faciales chez le patient diabétique au CHU de Conakry. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 2006 ; 13(3) : 13-6.
- [7] Keita M, Doumbia K, Diango D, Diallo M, Timbo SK, Ag Mohamed A. La cellulite cervicale extensive en milieu hospitalier sub-sahélien une pathologie oubliée ? Cas du Mali. *Médecine d'Afrique Noire* 2008 ; 55 (09) : 464-70.
- [8] Bengondo M, Bitra R, Avang NT, Mengong H, Bengono G. Cellulites et phlegmons d'origines dentaire au CHU de Yaoundé. *Odonto-stomatologie tropicale* 2006 ; 11(3) : 22-6
- [9] Ayoubi AE, Ayoubi FE, Mas E et al. Cellulites cervico-faciales diffuses d'origine dentaire à propos de 60 cas. *Med buccale chir buccale* 2009 ; 15 (3) : 127- 35.
- [10] Benzarti S, Mardassi A, Ben MR et al. Les cellulites cervico - faciales d'origine dentaire. A propos de 150 cas. *J .Tun ORL* 2007 ; 19 : 24-7.
- [11] Rifki C, Rochd T. cellulites cervico- faciales circonscrites aiguës d'origine dentaire. *Repère médical* 2009 ; 35 : 1-9 .
- [12] Bengondo MC, Eyenga VC, Njock R et al. Cellulites et phlegmons diffus du plancher buccal avec évolution cervicale. *La revue africaine d'ORL et de chirurgie cervico-faciale* 2005 ; 3 : 23-7.
- [13] Rakotoarison R, Ramarozaton NP, Rakoto FA, Rakoto FG. Cellulites cervico faciales à propos de 41 cas. *Med buccale chir buccale* 2008 ; 14 (1) : 35-9.
- [14] Rush J, Foca M. Necrotizing fasciitis in a pediatric patient caused by Lancefield group G streptococcus case report and brief review of the literature. *Case Report Med* 2011 ; 6 : 63-5.