



Article Original

Les Cellulites Cervico-Faciales Odontogènes dans la Ville d'Ebolowa (Cameroun) : à Propos de 49 cas

Cervico-facial odontogenic cellulitis in Ebolowa (Cameroon): a report of 49 cases

Nokam Abena ME^{1,2}, Edouma Bohimbo J^{1,2}, Guiguimé Wendpouré PL⁴, Ntonga Ngouanka T², Mindja Eko D^{1,3}, Bengondo Messanga C²

RÉSUMÉ

Introduction. Les cellulites cervico-faciales odontogènes sont des infections polymicrobiennes des tissus cellulo-adipeux, dont l'évolution peut engager le pronostic vital, dans les zones dépourvues d'infrastructures sanitaires. Elles nécessitent un traitement urgent et approprié. **Le but** de l'étude était de décrire le profil épidémiologique, les aspects cliniques et thérapeutiques des cellulites odontogènes à Ebolowa. **Méthodologie.** Il s'agissait d'une étude descriptive prospective, effectuée à Ebolowa courant 2018, qui incluait tout patient consentant, présentant une cellulite odontogène. Les données ont été collectées, traitées et analysées par le logiciel CS.pro 7.1. **Résultats.** Sur 378 consultations, 49 cas de cellulites odontogènes ont été diagnostiqués, soit une prévalence de 12,9%. Les femmes étaient majoritaires (59,2%). La tranche d'âge [20-30] et les élèves représentaient respectivement 34,7% et 63,7% des cas. Comme facteurs favorisants, la mauvaise hygiène bucco-dentaire (75,5%) et la prise d'AINS (71,3%) étaient les plus marquants. En tout, 87,7% de molaires mandibulaires étaient touchées, et la carie dentaire était la principale cause (79,6%). Le trismus était présent chez 87,7% des cas. Selon les formes évolutives, 93,9% étaient aiguës circonscrites. Un traitement à base d'antibiothérapie, antalgique, antiseptique associé à l'exodontie chez 87,7% des cas, et l'incision-drainage ont été initiés. Dans l'ensemble, 89,8% des cas ont guéri et 4,1% sont décédés. **Conclusion.** Les cellulites odontogéniques sont fréquentes à Ebolowa. La mauvaise hygiène bucco-dentaire et l'automédication sont les facteurs favorisants. Elles restent une urgence car le pronostic vital du patient peut être engagé. Le traitement médico-chirurgical a été difficile à réaliser à cause du bas niveau économique.

ABSTRACT

Introduction. Odontogenic cervico-facial cellulitis is a polymicrobial infection of the celluloadipose tissues, whose evolution can be life-threatening, in areas without health infrastructures. They require urgent and appropriate treatment. **The aim** of the study was to describe the clinical presentation and the management of odontogenic cellulitis in Ebolowa. **Methodology.** This was a prospective descriptive study, carried out at Ebolowa during 2018, which included any consenting patient with odontogenic cellulitis. Data were collected, processed and analyzed using CS.pro 7.1 software. **Results.** Out of 378 consultations, 49 cases of odontogenic cellulitis were diagnosed giving a prevalence of 12.9%. Women were predominant with 59.2%. The age group [20-30] and students were in the majority with each 34.7% and 63.7% of cases. Poor oral hygiene (75.5%) followed by NSAID use (71.3%) were the most important factors. In all 87.7% of mandibular molars were affected, with dental caries as the main cause (79.6%). Trismus was present in 87.7% of cases. According to the progressive forms, 93.9% were circumscribed acute. A treatment based on antibiotic therapy, analgesic, antiseptic associated with exodontics (87.7%) and incision-drainage was initiated. In total 89.8% of cases recovered and 4.1% died. **Conclusion.** Odontogenic cellulitis is common. Poor oral hygiene and self-medication are the contributing factors. They remain an emergency because the patient's vital prognosis can be engaged. Medical-surgical treatment has been difficult to achieve because of the low economic level.

1 Hôpital Central Yaoundé
2 Département de Chirurgie Buccale, Maxillo-Faciale et Parodontologie de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé 1
3 Département d'ORL et Stomatologie de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé 1
4 Unité de formation et de Recherche en Sciences de la Santé, Université Joseph KI-Zerbo, Burkina Faso

Auteur correspondant :

Dr Nokam Taguenné Epsé Abéna Marie Elvire
Service d'Odontostomatologie de l'Hôpital Central Yaoundé
Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé 1
Tel : (237)699975202
E-mail : nokamabena@yahoo.fr
nokamabena@gmail.com

Mots clés : cellulite cervico-faciale, odontogène, complication carieuse, Ebolowa.

Key words : cervico-facial cellulitis, dental origin, carious complication, Ebolowa.

INTRODUCTION

Les cellulites cervico-faciales sont des infections des espaces cellulo-adipeux de la face et du cou d'origine

dentaire ou péri-dentaire dans 70 à 80% des cas [1, 2]. Leur étiologie reste les germes polymorphes trouvés dans les nécroses pulpaires et les infections parodontales ou iatrogènes [3].

POINTS SAILLANTS**Ce qui est connu du sujet**

Les cellulites cervico-faciales odontogènes sont fréquentes et potentiellement mortelles. Leur présentation dépend des populations et des régions

La question abordée dans cette étude

Le profil épidémiologique, les aspects cliniques et thérapeutiques des cellulites odontogènes à Ebolowa

Ce que cette étude apporte de nouveau

1. Les cellulites cervico-faciales odontogènes représentaient 12,9% des consultations et affectaient davantage les femmes.
2. Les principaux facteurs favorisant étaient la mauvaise hygiène bucco-dentaire et la prise d'AINS.
3. 87,7% de molaires mandibulaires étaient touchées, et la carie dentaire était la principale cause (79,6%).

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Renforcer l'éducation à l'hygiène buccodentaire des populations.

Au Cameroun comme ailleurs en Afrique, les cellulites d'origine dentaire sont fréquentes. C'est ainsi qu'elles ont fait l'objet de plusieurs études dans la ville de Yaoundé notamment celles réalisées à l'Hôpital Central en 2004 et au Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé en 2006 où elles ont respectivement représenté 8,6% et 10,1% [4, 5]. Plus récemment en 2017, une étude réalisée dans la ville de Mbalmayo, à environ une cinquantaine de km de Yaoundé, a rapporté une prévalence de 12,1% [6]. Elles touchent toutes les tranches d'âges, ainsi que les sujets jeunes de classe sociale défavorisée. Les facteurs favorisant fréquemment incriminés sont la mauvaise hygiène bucco-dentaire, le terrain fragile (diabète, infection à VIH/Sida), et la prise en charge initiale inappropriée (automédication à base d'anti-inflammatoires et de tradithérapie) [4, 5, 6].

Ces affections présentent différents aspects cliniques et topographiques. Ce sont des infections redoutables de par leur évolution, car elles ont des potentialités extensives pouvant engager le pronostic vital, surtout lorsque l'infrastructure sanitaire est insuffisante. De ce fait, elles nécessitent une prise en charge appropriée, médico-chirurgicale et parfois multidisciplinaire. C'est dans ce cadre que s'inscrit cette étude qui se propose de décrire le profil épidémiologique, les aspects cliniques et thérapeutiques des cellulites odontogènes dans la ville d'Ebolowa.

METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude descriptive prospective, qui s'est déroulée du 18 décembre 2017 au 30 avril 2018, dans les services de stomatologie de l'Hôpital Régional et du Centre Médical de la Police de la ville d'Ebolowa, chef-lieu du département de la Mvila, située à 170 km de Yaoundé. Elle a porté sur 49 patients présentant une cellulite cervico-faciale d'origine dentaire ayant donné leur consentement éclairé. Le critère d'exclusion concernait les cas de cellulites non odontogènes. Les

données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête et traitées par le logiciel CS.pro 7.1 avant d'être analysées.

RESULTATS

Parmi les 378 consultations en odontostomatologie, 49 cas de cellulites cervico-faciales odontogènes ont été diagnostiqués, soit une prévalence de 12,9%. Il y avait une prédominance féminine avec 59,2% pour un sexe-ratio H/F de 0,69. L'âge variait entre 8 et 78 ans, avec une moyenne de 28,5 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 20 à 30 ans (34,7%). Les élèves étaient les plus atteints (34,7%) suivis par les commerçants avec 18,4%. Quarante et un patients venaient des zones urbaines soit 83,7%, et 43 cas n'avaient pas d'antécédents soit 87,8%. Par ailleurs, il y avait quatre patients infectés par le VIH (8,2%), un patient diabétique, un patient hypertendu et une femme enceinte (soit 2% chacun). Trente trois patients (63,7%) présentaient une tuméfaction cervico-faciale douloureuse évoluant depuis plusieurs jours. Les facteurs favorisant ces cellulites étaient la mauvaise hygiène bucco-dentaire chez 37 patients (75,5%), la prise d'AINS (71,3%), le traitement traditionnel (16,2%), la consommation de tabac (18,4%) et d'alcool (28,6%), le VIH (8,2%) et le diabète (2%).

Le principal signe fonctionnel ayant amené les patients à se présenter en consultation était une tuméfaction faciale, cervicale ou cervico-faciale. Les cellulites mandibulaires étaient de loin les plus fréquentes avec 42 cas soit 85,7%. Un trismus plus ou moins serré était observé chez 43 patients soit 87,7%. Par ailleurs, 23 patients étaient fébriles (46,9%), 16 patients avaient une asthénie et parfois une perte de poids (32,6%). Les autres signes fonctionnels objectivés se résumaient en une dysphagie (38,8%), une dysphonie (20,4%), une dyspnée (12,2%), une fistule cutanée (16,3%) et muqueuse (4,1%).

Quarante six patients ont présenté une symptomatologie de cellulite aiguë circonscrite soit 93,9%. Dans ce groupe, 37 cas (75,5%) étaient au stade sévère et 9 cas, au stade suppurée (18,4%). Une extension de la cellulite a été observée chez trois patients, soit 6,1% des cas. La cellulite génienne basse a été fréquente avec 31 cas soit 63,3%. Dans la catégorie des cellulites diffuses qui ont représenté 6,1% de notre échantillon, nous avons observé un cas de diffusion cervicale, un cas de diffusion à l'hémiface et un cas de diffusion cervico-médiastinale (Tableau I et Figures 1a, 1b, 1c, 1d).

Tableau I : Répartition des cas selon la topographie

Formes topographiques	N (%)
Cellulites circonscrites	46 (93,9)
Labiale supérieure	2 (4,1)
Naso-génienne	2 (4,1)
Génienne haute	4 (8,2)
Labiale inférieure	1 (2)
Génienne basse	31 (63,3)
Plancher buccal	4 (8,1)
Parotido-masséterine	2 (4,1)
Cellulites diffuses	3 (6,1)
Hémiface	1 (2)
Cervicale	1 (2)
Cervico-médiastinale	1 (2)

Les molaires mandibulaires étaient les plus touchées (81,6%), avec la carie dentaire comme principale cause (79,6%).



Figure 1a: Cellulite séreuse génienne basse



Figure 1b : Cellulite suppurée génienne basse

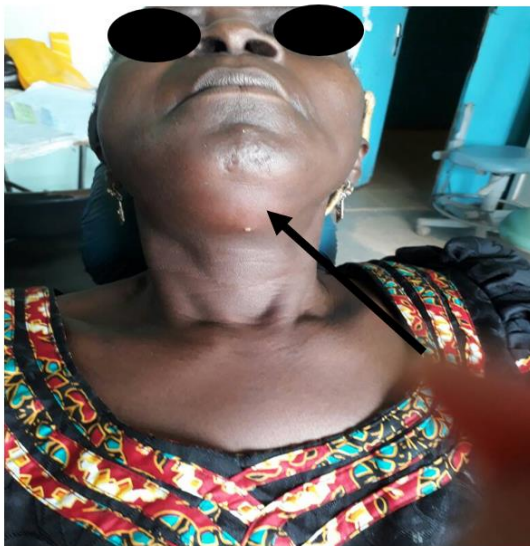


Figure 1c : Cellulite sous mentonnière fistulisée



Figure 1d : Cellulite génienne haute



Figure 1e : Cellulite diffusée

Figure 1f : Cellulite parotido-massétérière

Figure 1g : Drainage après incision



Figure 2 : Ostéolyse osseuse en regard de la dent causale 21 cariée

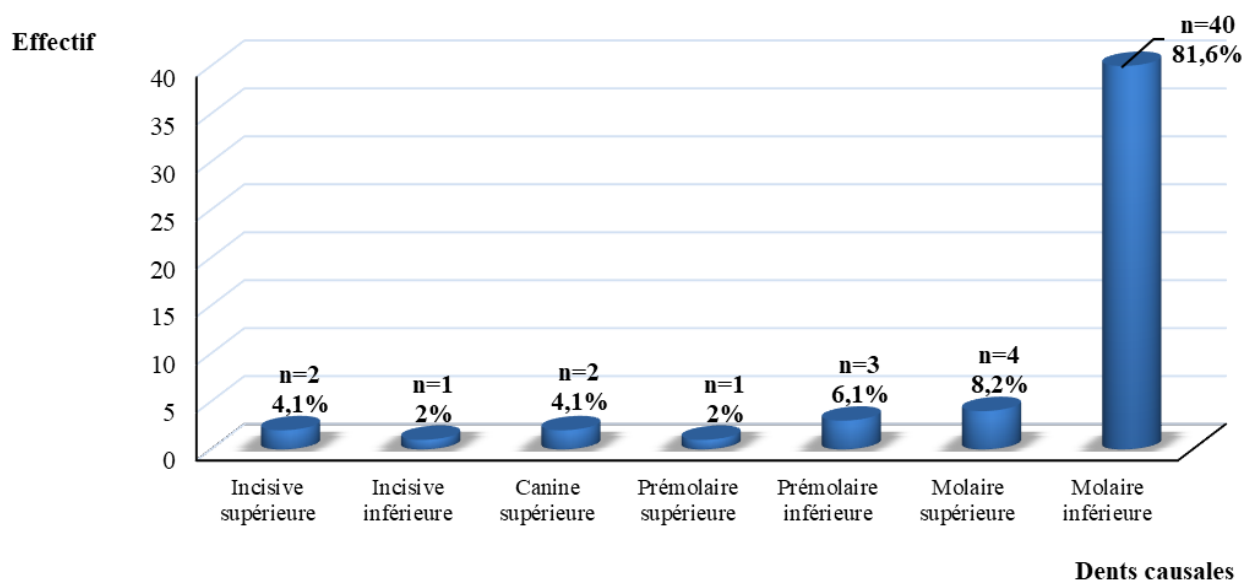


Figure 3 : Répartition des cas en fonction de la dent causale

L'examen bactériologique du pus avait été demandé chez six patients et réalisé grâce à des prélèvements par ponction des collections purulentes avant de démarrer une antibiothérapie probabiliste adaptée aux résultats de l'antibiogramme. D'autres examens biologiques à visée diagnostique et thérapeutique ont été réalisés. Il s'agissait principalement de la glycémie à jeun, de la sérologie VIH et de la NFS. Les patients n'ont bénéficié que de radiographies retro-alvéolaires (Figure 2) et d'un orthopantomogramme.

Sur le plan thérapeutique, 37 patients (75,5%) avaient fait une automédication. La notion de traitement antérieur a révélé la prise d'AINS dans 71,3% des cas. En plus des AINS, les patients avaient recours, seul ou en association aux antalgiques (44,8%), aux antibiotiques (28,5%), et à un traitement traditionnel (16,2%).

Chez 17 patients, le traitement per os en comprimés a consisté en l'association d'antibiotiques Amoxicilline 3g + Métronidazole 1,5g par jour soit 34,7%, suivi par l'association à base de Spiramycine 9 MUI + Métronidazole 1,5g par jour dans 16,3% des cas.

L'association Amoxicilline 3g + Acide clavulanique 375mg dose journalière était prescrite seule chez 4,1% des patients, et associée au Métronidazole 1,5g/j chez 24,5% des cas. La voie entérale a été préférée pour 77,5% des cas de cellulites aiguës circonscrites séreuses et suppurées traitées en ambulatoire. La voie parentérale était pratiquée chez 10 cas de cellulites circonscrites suppurées et diffuses ayant nécessité une hospitalisation (20,4%) avec une triple antibiothérapie à base de Ceftriaxone 2g+Amoxicilline 2g+Métronidazole 1,5g/j. L'antalgique de prédilection pour tous les cas de cellulites était le Paracétamol.

La durée d'hospitalisation a varié d'un à 17 jours avec une moyenne de 8,2 jours. Seul un patient a refusé toute prise en charge. En tout 44 patients ont reçu un traitement chirurgical. L'incision et le drainage ont été effectués dans huit cas par voie endobuccale et/ou cervicale. L'extraction de la dent causale a été réalisée chez 43 patients (87,7%) et un curetage alvéolaire chez un patient. Le taux de guérison était de 89,8% et il y a eu deux décès soit 4,1%.

DISCUSSION

Sur les 378 consultations, 49 patients ont présentés des symptômes de cellulites cervico-faciales d'origine dentaire, soit une prévalence de 12,9%. Ce résultat corrobore celui mené en 2017 à Mbalmayo[6] ; mais diffère de celles menées à Yaoundé en 2014 qui avait trouvé un taux de 5,5% dans quatre formations sanitaires[2,4]. Une augmentation de la fréquence pourrait s'expliquer par le fait que les populations de Yaoundé ont un accès facile aux soins bucco-dentaires, ce qui n'est pas le cas des villes de Mbalmayo et surtout d'Ebolowa où les populations privilégient la tradithérapie dans le traitement initial des affections carieuses, ce qui justifierait leur consultation tardive.

Bien qu'étant présentes à tout âge, les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire paraissent intéresser les adultes jeunes des 2ème et 3ème décades, en particulier les élèves et étudiants [2, 4, 5, 8]. Leur prédominance chez le sexe féminin ne fait pas l'unanimité [7, 10]. Le sexe féminin avait représenté 59,2% des cas dans notre étude, avec un sex-ratio de 0,69. L'explication serait justifiée par les grignotages et une haute consommation d'aliments cariogènes chez les sujets de sexe féminin, malgré le fait que les femmes soient plus soucieuses de leur hygiène bucco-dentaire. De plus, elles manifestent une angoisse à l'égard des soins dentaires d'où la consultation odontologique souvent tardive [9].

Parmi les facteurs favorisant des cellulites cervico-faciales odontogènes, la plupart des auteurs ont souligné le rôle de la mauvaise hygiène buccale, de la grossesse, de l'alcool, du tabac, du déficit immunitaire, des tares telles que le diabète et de la prise d'anti-inflammatoires [11]. La prise d'anti-inflammatoires seuls ou en association dans les jours précédant la consultation odontologique surtout en automédication est observée dans notre population (71,3% des cas). L'incrimination des AINS fait donc l'unanimité dans la littérature [9,10,13].

Le recours au traitement traditionnel dans notre étude consistait en l'utilisation des potions à base de plantes et d'écorces d'arbres, ingurgitées, inhalées et/ou appliquées en massage sur la tuméfaction (16,2%). Dans une série d'études réalisées au Sénégal en 2007 et au Mali en 2013, le traitement traditionnel était privilégié [9, 12], contrairement à celles menées en Algérie et au Cameroun en 2014 qui rapportent l'utilisation modérée de produits traditionnels avec seulement 7,7 % des patients qui avaient consommé en automédication avant la consultation [2, 8]. Par ailleurs, cette pratique est populaire dans les régions reculées où subsistent certaines croyances, éloignant les malades des hôpitaux, mais aussi la peur de consulter. C'est ainsi que 38 patients de notre étude étaient à leur première visite chez l'odontostomatologiste (77,5%). En définitive, c'est l'automédication à base de décoctions traditionnelles dès les premiers signes d'odontalgies qui justifieraient leur arrivée tardive chez le médecin. Ceci s'accorde avec les enquêtes menées dans la sous-région africaine [6, 8, 9]. Concernant les antécédents toxicologiques, 16,3% de la population étudiée consommaient occasionnellement de l'alcool et 6,1% consommaient du tabac. Ces chiffres

montrent que l'alcool et le tabac sont des facteurs de risque mineurs.

La mauvaise hygiène bucco-dentaire qui était déterminée par la quantité de dépôts de plaque dentaire et de tartre fut fréquente dans notre population d'étude, évaluée chez 75,5 % des patients. L'interrogatoire a révélé que la plupart des patients se brossaient les dents une fois par jour, uniquement le matin avant le petit déjeuner, sans maîtriser la technique de brossage.

Du point de vue des antécédents médicaux, 87,8% des patients ne présentaient aucune pathologie ou état pouvant constituer un facteur de risque. Ce taux, bien que similaire à ceux de la littérature, aurait pu être différent si tous les examens demandés à visée diagnostique avaient été réalisés [6, 8, 9, 12]. Il s'agissait principalement de la sérologie VIH, de la glycémie à jeun, de la NFS et des radiographies panoramique et/ou rétroalvéolaire. Néanmoins notre échantillon comportait une patiente hypertendue, une diabétique, une femme enceinte et quatre femmes infectées par le virus du VIH dont la cellulite a été la circonstance de découverte chez l'une. Le diabète est reconnu dans la littérature comme le facteur de risque le plus fréquemment retrouvé [11]. Il amoindrit la résistance de l'hôte, favorise le développement de l'agent pathogène même s'il n'est pas très virulent, et permet à l'infection initialement minime, de proliférer, de s'étendre rapidement localement et même à distance [8].

CONCLUSION

La fréquence élevée des cellulites cervico-faciales à Ebolowa, pose un problème de santé publique, nécessitant une sensibilisation sur l'hygiène bucco-dentaire des populations. Les principaux facteurs favorisant étaient la mauvaise hygiène bucco-dentaire, le retard de consultation dû à la prise inappropriée d'AINS et de produits traditionnels. Ces affections pouvant occasionner des décès, restent une réelle urgence. Le traitement médico-chirurgical a été difficile à réaliser chez tous les patients à cause de leurs difficultés économiques.

Conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

Remerciements

1. Au personnel soignant du service d'odontostomatologie de l'Hôpital Régional d'Ebolowa et du Centre Médical de la Police d'Ebolowa.
2. Aux patients qui ont bien voulu accepter de participer à l'étude.

SOURCE DE FINANCEMENT

Cette recherche n'a pas reçu de subvention d'organismes de financement.

REFERENCES

1. Rouadi S, OuaiSSI L, El Khiati R, Abada R, Mahtar M, Roubal M, et al. Les cellulites cervico-faciales à propos de 130 cas. *Pan Afr Med J.* 2013; 5;14.
2. Abana A. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales dans la ville de Yaoundé. Thèse Méd. Buc. Dent : Yaoundé ; 2014.
3. Revol P, Gleizal A, Kraft T, Breton P, Freidel M, Bouletrau P. Abscès intracérébral et cellulite cervico-faciale diffuse :

- Complication d'une extraction de dent de sagesse à propos d'un cas. *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac.* 2003; 104 (5) : 285-9.
4. Ngapeth-Etoundi M, Itoua ESR, Obounou A, Aragon Alma J. Étude clinique des complications infectieuses dentaires et péri dentaires observées à l'hôpital central de Yaoundé à propos de 161 cas. *Rev. Odontostomatol. Trop.* 2001; N°93: 5-10.
5. Bengondo MC, Bita RC, Avang NTC, Mengong H, Bengono G. Cellulites et phlegmons d'origine dentaire au C.H.U de Yaoundé. *Rev. Odontostomatol. Trop.* 2006; 29 (113): 22-26.
6. Elobo Ntalabe JG. Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire dans la ville de Mbalmayo : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Thèse Méd. Buc. Dent : Yaoundé : 2017.
7. Collège français de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie. Les lésions dentaires et gingivales. Université Claude Bernard de Lyon 2005 ; 31p.
8. Aissa MS, Bakhti MZ, Zazoua KD. Aspects cliniques et thérapeutiques des cellulites cervico faciales d'origine dentaire au niveau du CHU Tlemcen. Thèse de Chir Dent. Université Abou Bekr Belkaid : Algérie ; 2014.
9. Adja Bintou Sarr. Aspects clinique et thérapeutique des cellulites périmaxillaires dans le département de Mbacke. Thèse : Chir. Dent. : 2007; 4.
10. Dubreuil L, Neut C. Optimization of the empiric therapy of cervicofacial cellulitis: microbiological argueds points. *Méd. Buc. Chir. Buc.* 2005; 11 (1) : 7-15.
11. Merle JC, Gherrini P, Beydon L, Margenet A, Tchakerian A, Reynaud Ph, Bonnet F. Cellulites cervico-faciales odontogéniques. *J. euro. des urg.* 1995; (1) : 14-9.
12. Diawara F. Etude épidémiologique et clinique des cellulites du plancher buccal dans le CHU-OS de Bamako : à propos de 102 cas. Thèse Méd. Bamako ; 2013.
13. Rakotoarison R, Ramarozatovo NP, Rakoto FA, Rakotovo FA. Cellulites cervico-faciales: à propos de 41 cas. *Méd. Buc. Chir. Buc.* 2008. (1) ; 35-39.