

Enquête

Extension des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire sous l'effet des anti-inflammatoires non stéroïdiens : Mythe ou réalité ?

Extension of cervicofacial cellulitis of dental origin as a result of using non steroidal anti-inflammatory drugs: Myth or reality?

A. Turki^(1 *), N. Kolsi⁽²⁾, J.koubaa⁽²⁾, M. Ben khelifa^(1 *)

1. Service de médecine dentaire, CHU F. Bourguiba, Monastir 5000 / Tunisie.

2. Service ORL, CHU F. Bourguiba, Monastir 5000 / Tunisie.

* Laboratoire de recherche réhabilitation fonctionnelle et esthétique des maxillaires (LR12SP10)

Correspondance: Dr. Asma Turki, service de médecine dentaire, CHU F. Bourguiba, Monastir 5000, Tunisie.

Mail : asmaturki2002@yahoo.fr

Résumé:

Introduction : Les cellulites d'origine dentaire constituent une source inéluctable de dépenses élevées en matière de santé.

Le but de cette étude est de préciser le rôle des anti-inflammatoires dans l'aggravation des cellulites faciales ou cervico-faciales d'origine dentaire.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective qui a été effectuée à propos de 30 cas de cellulites cervico-faciales d'origines dentaires colligés sur une période de quatre ans et demi allant de janvier 2009 à septembre 2013. Les malades recrutés dans cette étude présentaient une cellulite trainante et compliquée qui a nécessité une hospitalisation au service d'ORL.

Résultat : Notre étude a montré que les anti-inflammatoires non stéroïdiens n'étaient pas statistiquement corrélés avec l'aggravation des cellulites d'origine dentaire.

Discussion : Les anti-inflammatoires ne sont que des médicaments à effet symptomatique ; supprimer ainsi la réaction inflammatoire ne constitue pas forcément un acte thérapeutique bénéfique.

Mots clés :

Cellulite, Anti-inflammatoire, Infections dentaire

Keywords :

Cellulitis, anti-inflammatory drugs, dental infections

Introduction

Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaires sont des infections des espaces celluloux adipeux de la face et du cou⁽¹⁾. Dans le but d'éradiquer l'infection le plus tôt possible et d'empêcher que celle-ci ne s'étende et ne risque de mettre en jeu le pronostic vital du patient, un traitement efficace devra être mis en place de façon précoce⁽²⁾. Le mécanisme d'action des anti-inflammatoires stéroïdiens comprend un effet inhibiteur sur les défenses immunitaires, cet effet peut, de ce fait, favoriser l'apparition ou l'aggravation de processus infectieux normalement contrôlés par une réponse immunitaire physiologique^(3,4). En cas d'infection avérée, ce qui est notamment le cas dans les cellulites d'origine dentaires, il ne faut pas

oublier que l'action des anti-inflammatoire non stéroïdiens (AINS) sur les signes cardinaux de l'inflammation risque de masquer l'infection et favorise ainsi son extension.⁽³⁾

Le but de notre travail est de préciser le rôle des anti-inflammatoires dans l'aggravation des cellulites faciales ou cervico-faciales d'origine dentaire.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a été effectuée en collaboration entre le service de médecine dentaire et le service d'Oto-rhino-laryngologie (ORL) de l'Hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir à propos de 30 cas de cellulites cervico-faciales d'origines dentaires colligés sur une période de quatre ans et demi allant de janvier 2009 à septembre 2013. Les malades recrutés dans cette étude, étaient ceux présentant une cellulite trainante et compliquée qui a nécessité une hospitalisation au service d'ORL. Une Fiche de collecte de donnée a été établie, elle comporte les données suivantes : Le terrain (âge, sexe, intoxication tabagique, intoxication éthylique, l'état bucco dentaire), les antécédents médicaux, les signes fonctionnels précédant l'hospitalisation (douleur dentaire, tuméfaction, fièvre, trismus, érythème cutané, fistulisation, dyspnée, dysphagie), les caractéristiques cliniques de l'infection (signes cliniques, point de départ dentaire, localisation, extension), données de l'imagerie (panoramique, échographie et/ou scanner), le traitement médical reçu avant l'hospitalisation (antibiotiques, anti-inflammatoires, glucocorticoïdes, aspirine à dose anti inflammatoire, AINS), la Conduite à tenir (traitement médical exclusif ou mise à plat chirurgicale), la durée de l'hospitalisation et l'évolution. Toutes ces données ont été exploitées avec le logiciel SPSS. Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$. La comparaison a été faite avec les résultats de la littérature.

Résultats :

1/Distribution de l'échantillon en fonction du terrain: Sur les 30 dossiers examinés 11 patients étaient de sexe féminin (33.3%) et 19 patients de sexe masculin (66.7%) avec un sex-ratio de 2. (**Fig.1**) L'âge moyen de nos patients était de 35 ans avec des extrêmes allant de 18 à 78 ans. L'intoxication alcoolo-tabagique a été retrouvée chez 11 patients (36.6%). Dix-sept patients (56,7%) présentaient une hygiène bucco-dentaire médiocre, 7 patients (23,3%) présentaient une hygiène moyenne et 6 patients (20%) présentaient une bonne hygiène. (**Fig.2**)

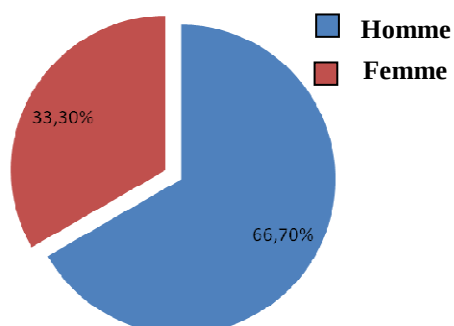


Fig.1 : Distribution de l'échantillon en fonction du sexe

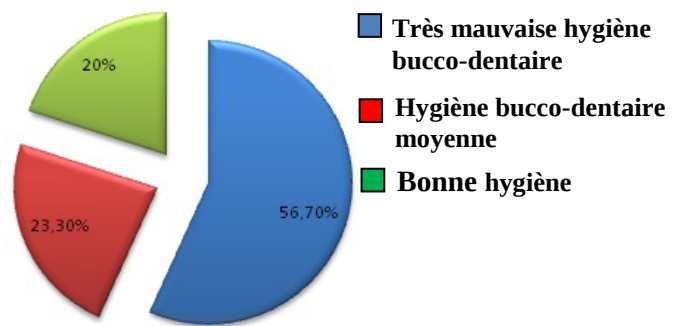


Fig.2 : Distribution de l'échantillon en fonction du niveau d'hygiène bucco-dentaire

2/Distribution de l'échantillon en fonction des antécédents généraux : 5 patients étaient diabétiques insulino-dépendants, 2 patients étaient sous anticoagulants dans le cadre d'une arythmie complète par fibrillation auriculaire (ACFA) et 1 patient était hypertendu. (**Fig.3**)

3/Histoire de la maladie : L'examen buccodentaire a trouvé une dent causale cariée et délabrée pour 24 patients (80% des cas) et pour 6 patients (20%) la cellulite est apparue juste

après une extraction dentaire. 9 patients (30% des cas) ont reçu un traitement antibiotique en ambulatoire avant hospitalisation. 63,3% des patients ont reçu un traitement à base d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, 3,3% d'anti-inflammatoires stéroïdiens, 6,7% ont reçu une association d'AIS et AINS en automédication ou prescrits par leurs pharmaciens. (Fig.4)

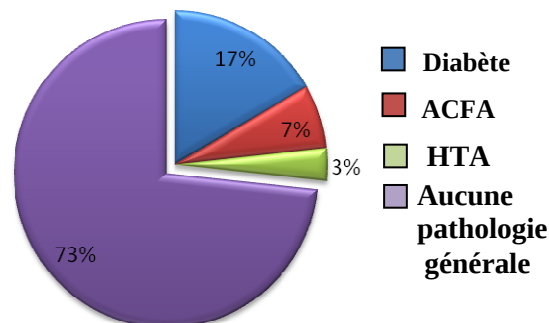


Fig.3 : Distribution de l'échantillon en fonction des antécédents généraux

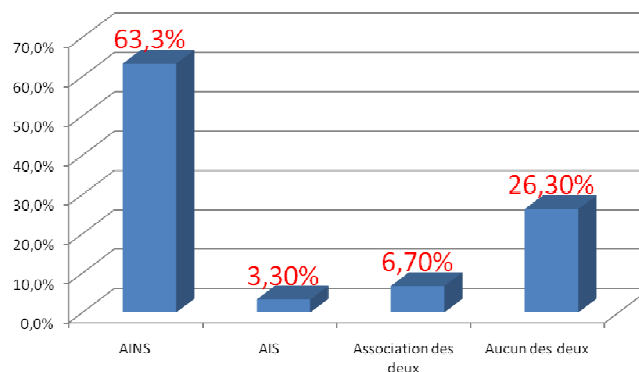


Fig.4 : Prise des anti-inflammatoires (Répartition dans un échantillon de 20% des patients)

4/Aspects cliniques : Le signe fonctionnel majeur ayant amené les patients à consulter dans tous les cas était une tuméfaction cervicale. L'examen général à l'admission a révélé une altération de l'état général pour 23 patients soit 76,7% des cas. Vingt-et-un patients avaient un trismus soit 70 % des cas, sept patients étaient fébriles soit 23,3% des cas, et six patients présentaient une extension aux espaces profonds de la face et du cou soit 20% des cas. A ceux là on associait des adénopathies satellites dans 3,3% des cas. (Fig. 5 et 6)



Fig.5 : Aspect clinique : tuméfaction génienne

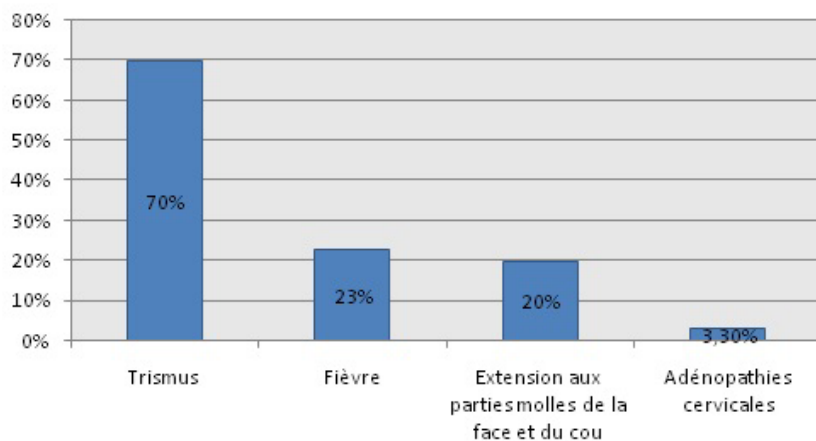


Fig.6 : Répartition des patients en fonction des complications

5/Aspects radiologiques : Le bilan radiologique comportait une radiographie panoramique dentaire qui a été pratiquée chez 21 malades. Elle a objectivé des lésions dentaires diverses (caries, granulomes, kystes radiculo-dentaires, foyers d'alvéolites..). (**Fig.7**)

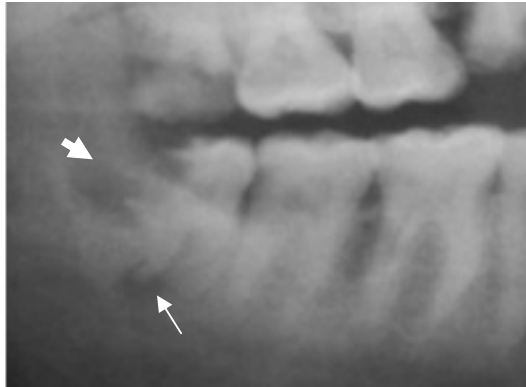


Fig.7 : Détail du panoramique dentaire : Image radioclaire homogène bien limitée en rapport avec la racine distale de la 48 cariée (Flèche). A noter l'aspect flou en distal de la couronne de la 48 témoignant de la présence d'une collection (tête de flèche)

Une échographie cervicale a été pratiquée chez quatre patients présentant une cellulite circonscrite, elle a permis de mettre en évidence : Une cellulite de la face sans collection décelable dans un premier cas, une importante infiltration du tissu non cellulo-gras de la joue gauche avec identification de quelques petites logettes au niveau du ganglion sous angulo mandibulaire gauche dans le 2^{ème} cas, une tuméfaction collectée jugale hétérogène dans le 3^{ème} cas, un épaissement et infiltration de la région jugale droite avec un aspect tuméfié du muscle masséter dans le 4^{ème} cas.

La tomодensitométrie (TDM) a été indiquée en vue d'évaluer l'extension du processus infectieux au niveau locorégional dans 9 cas de cellulites diffuses. Elle a montré la présence d'une collection dans 6 cas. (**Fig.8**)



Fig.8 : Tomodensitométrie en coupe axiale et fenêtre étroite avec injection de produit de contraste passant par la région angulo-mandibulaire droite : Aspect hétérogène se réhaussant après injection de produit de contraste ; présence de zones hyperdenses (tissus inflammatoires) et zones hypodenses (zones de nécroses) centrées par des images de densité aérique (présence de germes anaérobies).

6/ Traitement : Tous nos patients ont été hospitalisés et ont bénéficié d'un examen bucco dentaire spécialisé. Le traitement médical instauré de première intention (antibiothérapie probabiliste en intraveineux) était différent selon le type de cellulite, le germe en cause et les éventuelles allergies médicamenteuses. Les anti-inflammatoires n'ont été jamais utilisés. Un drainage chirurgical a été fait pour toutes les formes collectées circonscrites ou diffuses. Il a consisté après une désinfection cutanée par déterision à la bétadine en une incision au bistouri, le débridement avec une pince hémostatique et le lavage avec une solution antiseptique ont toujours précédé la mise en place d'une mèche de drainage. (**Fig.9**)



Fig.9 : Incision et drainage de la collection.

Le pus a été prélevé par écouvillonnage lors de l'incision-drainage de la collection pour certains cas. Le diagnostic bactériologique a été réalisé par examen direct, puis par mise en culture en atmosphère aérobie et anaérobie. 19 patients ont bénéficié d'une extraction de la dent causale. Dans notre série, tous les patients ont eu une évolution favorable. La durée totale de l'antibiothérapie était de 10 à 21 jours avec une moyenne de 17 jours.

Discussion : Du fait de leurs mécanismes d'action, les AINS pourraient théoriquement accroître la sévérité et la diffusion des cellulites d'origine dentaires.⁽⁴⁾ Nous rapportons dans notre étude l'évolution après prise d'AINS sur terrain favorisant, d'une infection buccodentaire vers une cellulite faciale extensive.

Dans la littérature, l'incrimination des AINS dans l'extension d'une cellulite circonscrite à une cellulite diffuse est encore incertaine. Nos résultats rejoignent cette constatation ($p=0.720$). Certains auteurs rapportent des cas de complication à type de fasciites nécrosantes survenus lors de l'utilisation d'AINS. D'autres auteurs considèrent qu'une prescription d'AINS peut éventuellement être incriminée dans l'évolution de certaines cellulites. Notons toutefois que les données bibliographiques actuellement disponibles ne permettent pas d'établir de façon certaine une relation de cause à effet. La gravité des cellulites faciales ou cervico-faciales d'origine dentaire n'est pas corrélée à un traitement initial par anti-inflammatoire.^(3,4)

Selon plusieurs auteurs, les causes d'échec identifiées étaient le plus souvent la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, une antibiothérapie non adaptée ou une antibiothérapie inadéquate associée à un anti-inflammatoire non stéroïdiens.^(3,5)

La prédominance des cellulites cervicales chez le sexe masculin fait presque l'unanimité des auteurs^(1,2,3,5). Cette étude confirme par ailleurs que les cellulites dentaires affectent préférentiellement une population masculine et jeune. L'explication serait fournie par la haute incidence de l'alcoolisme et du tabagisme chez les sujets de sexe masculin.^(1,2,3,5)

Beaucoup d'auteurs soulignent également le rôle favorisant du terrain. L'incidence élevée des cellulites odontogènes est essentiellement due à la mauvaise hygiène bucco-dentaire. La présence d'une pathologie générale comme le diabète est un facteur de risque de complication de ces pathologies dans des régions anatomiques nobles comme le médiastin, à l'origine d'un choc septique et la région cervicale haute à l'origine d'une détresse respiratoire.

Le diabète sucré se singularise par ses complications micro-angiopathiques. L'altération de la microvascularisation de la gencive et le déséquilibre glycémique majorent le risque infectieux buccodentaire.^(3,5,6,7)

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

Souvent, un antécédent récent parfois encore évolutif d'avulsion, de soins ou d'abcès dentaires est retrouvé. La cause la plus fréquente des cellulites pour notre étude, était la carie avec nécrose pulpaire (touchant principalement les molaires).⁽¹⁾

Les symptômes les plus fréquemment rencontrés dans notre étude (douleur, tuméfaction, érythème) confirment le caractère inflammatoire de cette pathologie et font partie des signes cliniques décrits dans la littérature. La tuméfaction cervico-faciale, quasi constante, est inflammatoire et douloureuse. A elle seule, elle est fort évocatrice de la cellulite. L'association à un trismus et à une odynophagie est habituelle. Dans les formes limitées, un fébricule résume le tableau infectieux. Ailleurs, les signes infectieux sont évidents : fièvre, frissons, sueurs, faciès infecté grisâtre. Ils témoignent de la présence d'un syndrome infectieux mais ne renseignent en aucun cas sur sa nature ni sur sa gravité.^(1, 2, 3, 5)

La flore bactérienne responsable de cellulite faciale de cause dentaire, bien que polymorphe, est dominée par les germes anaérobies.⁽⁸⁾

La radiographie panoramique dentaire s'impose de façon systématique dans ce contexte de cellulites d'origine dentaire. Elle peut objectiver les dents cariées et montrer les zones d'ostéolyse péri-apicale et les foyers granulomateux. L'échographie présente des limites dans l'évaluation exacte de l'extension du processus infectieux en particulier dans les régions inaccessibles aux ultrasons. La TDM grâce à son excellente résolution en densité tissulaire et osseuse et aux renseignements anatomiques qu'elle procure permet d'apporter des arguments en faveur de la nature inflammatoire d'une tuméfaction cervicale et de rechercher une collection dont la mise en évidence imposerait le drainage chirurgical. Elle se révèle également très performante pour évaluer l'extension de la cellulite.^(2,5,9,10)

Le traitement est d'abord celui de la cause de l'infection, c'est à dire de la porte d'entrée d'origine dentaire. Ce traitement est constitué le plus souvent par une antibiothérapie probabiliste, puis adaptée aux prélèvements microbiologiques et par un traitement symptomatique en particulier antalgique. Le traitement de la cellulite comporte aussi un drainage chirurgical dont l'importance et la voie d'abord dépendent de l'extension de la cellulite en particulier au niveau médiastinal. Ce drainage intéresse l'ensemble des espaces anatomiques atteints visualisés sur le scanner initial afin de stopper la propagation de l'infection, voire la nécrose tissulaire et peut nécessiter une intubation et une sédation du patient au service de réanimation. L'intérêt de l'oxygénothérapie hyperbare est discuté, il serait éventuellement indiqué en cas d'infection documentée à *Clostridium*.^(1, 2, 5, 9,10)

Conclusion :

Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire sont des pathologies potentiellement graves nécessitant un traitement urgent et une prise en charge médicochirurgicale pluridisciplinaire. Elles constituent une source inéluctable de dépenses élevées en matière de santé.⁽²⁾ Cette étude descriptive portant sur 30 patients a montré que la prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens n'était pas statistiquement corrélée avec l'aggravation des cellulites d'origine dentaire.

Dans la littérature, les avis divergent quant à la diffusion des cellulites en utilisant les AINS. Il est important de rappeler que les anti-inflammatoires ne sont que des médicaments à effet symptomatique ; supprimer ainsi la réaction inflammatoire ne constitue pas forcément un acte thérapeutique bénéfique. Leur prescription ne dispense pas du traitement étiologique à savoir l'avulsion ou le traitement de la dent avec ou sans drainage de la collection.^(3, 4, 5, 9,10)

Références :

1. **Benzarti S, Mardassi A, Ben Mhamed R, Hachicha A, Brahem H, Akkari K et al.** Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire : A propos de 150 cas *J. TUN ORL* 2007;19 : P24-28
2. **La Rosaa J, Bouvier S, Langerona O.** Prise en charge des cellulites maxillofaciales. *Le Praticien en anesthésie réanimation* 2008 ; 12 ; 309—315
3. **Nicota R, Hippyb C, Hochartb C, Wissa A, Brygoa A, Gautiera S, et al.** Do anti inflammatory drugs worsen odontogenic cervico-facial cellulitis? *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale* 2014 ; 115 ; 31-36
4. **Recommandations pour la prescription des anti-inflammatoires en chirurgie buccale chez l'adulte** SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DE MÉDECINE BUCCALE ET CHIRURGIE BUCCALE *Médecine buccale chirurgie buccale* 2008 ; Vol14 ;3 ; 130-159
5. **Boukais H, Zerrouki W, Haraoubia M.S, Ouenoughi K, Rachida A.** Les causes d'échec et des complications de traitement des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire à travers une série de 103 cas *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 32S;2013;A265–269
6. **Taddrarate Z, El M'ghari G, El Ansari N** Cellulites cervico-faciales chez le diabétique : A propos de 36 cas *Société française de dermatologie* 2012 ; P86
7. **Bensadallah R, Azzouz M, Hafiz S** La cellulite dentaire chez le diabétique : complication redoutable *Société française de dermatologie* 2013 ;A116
8. **Kouassi Y.M, Janvier B, Dufour X, Bouche G, Klossek J.M** Microbiology of facial cellulitis related to dental infection *Médecine et maladies infectieuses* 2011 ;41 ; 540–545
9. **Blancal J.P, Kania.R, Sauvaget E, Tran Ba Huy P, Mateo J, Guichard JP et al.** Prise en charge des cellulites cervicofaciales en Réanimation *Réanimation* 2010;19;297-303
10. **Derancout C.** Quelle prise en charge pour les cellulites et fasciites nécrosantes ? *Med Mal Infect* 2000 ; 30suppl5 ; 420-426