

**Diagnostic et prise en charge d'une fistule cutanée d'origine dentaire
Diagnosis and management of oral cutaneous sinus tract**

A. Chokri*, M. Meddeb*, A. Aroua*, S. Sioud*, H. Hentati*, J. Selmi*.

** Service de Médecine et Chirurgie Buccales, clinique hospitalo universitaire de médecine dentaire de Monastir, avenue Avicenne, 5019, Monastir / Tunisie.**Correspondance : Dr Chokri Abdellatif, E-mail : chokri_abdellatif@yahoo.fr***Résumé**

Introduction : Les fistules cutanées cervico-faciales peuvent être des séquelles particulières des complications infectieuses dento-parodontales mal ou non traitées. Ces lésions constituent un défi diagnostique surtout en absence de signes endobuccaux évidents. Un diagnostic précoce et un traitement adéquat permettent d'éviter le désagrément esthétique.

Observation : Il s'agit d'un patient âgé de 30 ans en bon état de santé générale qui nous a consulté pour une fistule cutanée génienne basse droite. L'examen endobuccal révèle la présence d'une péri coronarite en rapport avec la dent de sagesse mandibulaire droite. Afin de déterminer l'origine de la fistule, un cliché rétro-alvéolaire avec cône de gutta percha introduit dans la fistule a été réalisé. La confrontation des données cliniques et radiologiques sont en faveur d'une fistule cutanée d'origine dentaire. **Discussion :** Les fistules cutanées cervico-faciales d'origine dentaire font suite à l'infection des dents mandibulaires dans 80% des cas. Ces lésions sont concernées par différentes spécialités à savoir la médecine dentaire, la dermatologie et l'oncologie. Le traitement étiologique à lui seul est souvent suffisant pour la disparition de la fistule, mais, en cas d'adhérence cutanée, la fistulectomie s'impose pour assurer la guérison.

Mots clés : péri coronarite, fistule cutanée, fistulectomie.

Abstract:

Introduction: Head and neck fistulas can be specific sequelae of dental and periodontal infectious complications mistreated or untreated. These lesions present challenge of diagnosis especially with the absence of clear oral signs. Early diagnosis and proper treatment can prevent the aesthetic inconvenience. **Observation:** A 30-year-old male patient in good health who referred for a low right cutaneous sinus tract. The oral examination shows a pericoronitis of the mandibular right wisdom tooth. In order to determine the origin of the fistula, a periapical radiograph with gutta percha cone inserted into the fistula was achieved. The confrontation of clinical and radiological data is in favor of a cutaneous dental fistula.

Discussion: Head and neck fistulas of dental origin are the result of infection of the mandibular teeth in 80% of cases. These lesions are involved in different specialties such as dentistry, dermatology and oncology. Etiological treatment alone is often enough to the disappearance of the fistula, but in case of tissue adhesion, fistulectomy is needed to ensure healing.

Keywords : pericoronitis, cutaneous sinus tract, fistulectomy.

Introduction : Les fistules cutanées d'origine dentaire représentent des séquelles particulières faisant suite à des poussées infectieuses successives non ou insuffisamment traitées. Ce sont des communications anormales apparaissant entre un foyer infectieux dentaire et/ou parodontal et la surface du visage au cours d'un processus évolutif pathologique. Elles peuvent traduire l'extériorisation d'une infection développée à bas bruit. [1]

Les dents de sagesse, surtout mandibulaires, ont toute leur part dans l'apparition de ces complications, en effet, les accidents occasionnés par leur évolution sont fréquents dans la pratique courante et sont dominés par les accidents infectieux. Le tableau clinique se

manifeste par une tuméfaction sensible, qui devient inflammatoire, douloureuse avec limitation de l'ouverture buccale au moment des poussées. Une fistule cutanée peut être observée avec écoulements purulents itératifs, pérennisant cette évolution chronique.^[2]

Observation : Un patient âgé de 30 ans, sans antécédents pathologiques notables nous a consulté pour une fistule cutanée au niveau de la région génienne basse droite, évoluant depuis 1 an. A la consultation, l'examen exobuccal montre une fistule cutanée au niveau de la région génienne basse droite avec rétraction de la peau tout autour. (**Fig.1a**) L'examen de la cavité buccale montre une limitation de l'ouverture buccale, une hygiène insuffisante, une carie sur la 47 et une périecoronarite chronique en rapport avec la 48 enclavée. (**Fig.1b**).

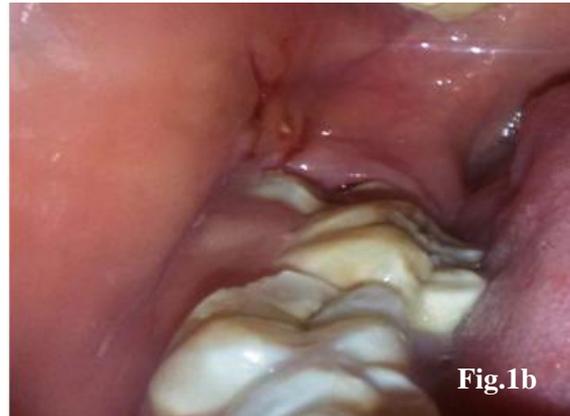


Fig.1 a : La fistule cutanée au niveau de la région génienne basse droite. **Fig.1 b :** La 48 enclavée.

Un cliché rétro-alvéolaire avec un cône de gutta de fin diamètre inséré dans la fistule a permis d'objectiver le trajet fistuleux jusqu'à son origine qui est la 48. (**Fig.2a,b**).



Fig.2a : Un cône de gutta introduit dans l'orifice de la fistule. **Fig.2b :** Rx rétro-alvéolaire montrant le rapport du trajet fistuleux avec la 48

La confrontation des données cliniques et radiologiques a permis de retenir le diagnostic de fistule cutanée dont l'origine est une périecoronarite en rapport avec la 48 enclavée.

La prise en charge de cette lésion, a consisté en l'extraction de la 48 dans une première étape, ultérieurement une fistulectomie a été réalisée sous anesthésie cutanée et muqueuse locales, une incision cutanée périlésionnelle a permis de saisir l'extrémité de la fistule à l'aide d'une pince hémostatique, le suivie progressif par dissection du trajet fistuleux a permis l'élimination de la totalité de la fistule. Des sutures cutanées esthétiques sont par la suite réalisées. (**Fig. 3a, b , c**)



Fig.3a



Fig.3b



Fig.3c

Fig.3a : Dissection du trajet fistuleux.
 Fig.3b : Aspect clinique après fistulectomie
 Fig.3c : Fistule .

Un contrôle clinique avec ablation des points de sutures réalisé 7 jours après la fistulectomie a révélé un début de cicatrisation (**Fig.4a**). Après 2 mois de la chirurgie, une disparition quasi totale de la fistule cutanée a été notée, le patient était satisfait du résultat esthétique obtenu avec une cicatrisation du site d'extraction de la 48 (**Fig.4 b,c**).



Fig.4 a



Fig.4 b



Fig.4 c

Fig.4a : Contrôle à j 7.
 Fig.4b : Cicatrisation après 2 mois.
 Fig.4c : Cicatrisation du site d'exo de la

Discussion : Les fistules cutanées d'origine dentaire constituent un défi diagnostique. [1, 3, 4, 5], elles sont du ressort de différentes spécialités telles que la chirurgie buccale, la dermatologie, la chirurgie plastique, l'oncologie. [6, 7, 8, 9]. Les médecins généralistes et les dermatologues,

quant à eux, sont très souvent sollicités en première consultation par des patients présentant de petits orifices cutanés au niveau desquels la pression fait sourdre du pus. ^[10, 11, 12, 13]

Les fistules cutanées d'origine dentaire font suite à l'infection plutôt des dents mandibulaires (80%) que des dents maxillaires (20%), elles sont souvent observées dans les régions géniennes basses et mentonnières. ^[11, 12, 13, 14]

La localisation de la fistule cutanée dépend de la dent causale, de l'emplacement des racines, de l'épaisseur osseuse et des insertions musculaires. Au maxillaire, les molaires et les prémolaires se drainent dans les régions géniennes hautes, les incisives et canines quant à elles intéressent le nez, la lèvre supérieure et la région infra-orbitaire. En ce qui concerne la mandibule, les molaires et prémolaires se drainent dans les régions submandibulaires et le cou, les incisives et canines intéressent quant à elles les régions mentonnières et sous-mentonnières. ^[15] Un diagnostic précoce et un traitement rapide permettent de minimiser l'inconfort du patient et les désagréments esthétiques réduisant ainsi la possibilité d'autres complications telles que la septicémie et l'ostéomyélite. ^[16] Suite à la nécrose pulpaire, causée par la carie ou un traumatisme dentaire, le processus inflammatoire se propage au ligament parodontal puis dans l'os environnant. La diffusion se fait lentement le long de la voie de moindre résistance et l'infection peut s'extérioriser dans la majorité des cas à l'intérieur de la cavité buccale, rarement à la surface de la peau. ^[5, 16, 18] Rarement, une péri coronarite de la dent de sagesse inférieure peut être à l'origine d'une fistule cutanée localisée à hauteur de la région prémolaire. La diffusion de l'infection, se fait à partir de la zone de moindre résistance ; dont la limite antérieure correspond au bord postérieur du muscle abaisseur de la commissure, la limite supérieure au bord inférieur du buccinateur, la limite postérieure au bord antérieur du masséter et la limite inférieure au bord basilaire de la mandibule. ^[1]

Une fistule correspond à une voie de drainage extériorisée de fluides inflammatoires apicaux. Avec le temps, le trajet fistuleux s'épithélialise et le drainage entraîne la régression de la douleur et de la tuméfaction. ^[16, 17] L'origine dentaire n'est pas la seule cause incriminée dans la genèse des fistules cutanées cervico-faciales, l'étiologie est multi variée ce qui pose souvent un problème de diagnostic différentiel avec une origine dentaire. On peut citer les fistules congénitales en rapport avec les arcs bronchiaux, les fistules en rapport avec des corps étrangers, les infections à germes spécifiques (adénite tuberculeuse fistulisée ; gomme syphilitique, ...), les kystes épidermiques surinfectés, fistule secondaire à une ostéomyélite, les complications de l'ostéoradionécrose et les néoplasmes (carcinome baso-cellulaire ou épidermoïde). ^[16, 18, 19]

En absence de symptomatologie, l'origine dentaire n'est pas toujours évoquée d'emblée. Ainsi l'examen radiologique prend tout son intérêt pour la localisation étiologique. Il comporte des clichés rétro alvéolaires, des clichés panoramiques ou aussi un cône beam. Il est recommandé de réaliser un cliché rétro-alvéolaire avec un cône de gutta de fin diamètre inséré dans la fistule. Cette technique permet d'objectiver le trajet fistuleux à l'origine de l'infection et d'établir ainsi un diagnostic étiologique. ^[3, 14, 16, 20] L'évaluation et la prise de décision pour la fistule ne se fait qu'après l'élimination de la source d'infection. Le traitement étiologique permet dans la majorité des cas à lui seul la disparition de la fistule cutanée dans un délai inférieur à deux semaines même pour des fistules anciennes (de plus de 6 mois). Pour les dents conservables, un traitement endodontique à l'hydroxyde de calcium peut aboutir à la disparition de la fistule dans un délai de 3 mois. L'extraction s'avère inévitable pour les dents irrécupérables. L'administration d'antibiotiques n'est pas recommandée pour le traitement des fistules cutanées, mais elle reste indiquée quand il y a des signes d'atteintes systémiques (fièvre ou une adénopathie). La clindamycine présentant une absorption tissulaire importante, y compris dans l'os, reste l'antibiotique de choix. ^[8, 10, 16]

En cas de fistule cutanée ancienne avec des adhérences importantes et des tissus cicatriciels, comme celle présentée dans notre cas, une intervention chirurgicale esthétique s'impose après

le traitement étiologique.^[18, 19, 20, 21] Si, malgré le traitement médical et étiologique, une fistule ne régresse pas, une évaluation plus approfondie, y compris une analyse microbiologique, peut être nécessaire. La biopsie doit être évitée car elle peut provoquer l'infection et retarder la cicatrisation. Elle n'est recommandée que dans certains cas où il persiste un doute sur le diagnostic d'une fistule cutanée (antécédent de cancer oral squameux afin d'éliminer le diagnostic de récurrence, persistance de la fistule malgré les traitements classiques de longues durées).^[16, 17, 18]

Références

1. Chokri A, Hentati H, Mahmoudi H, Selmi J. Fistule cutanée : complication post-extractionnelle rare. *Inf dent* 2014;14:2-6.
2. Peron JM, Mangez JF. Cellulites et fistules d'origine dentaire. *EMC Stomato* 2002;10:22-33.
3. Brown RS, Jones R, Feimster T, Sam FE. Cutaneous sinus tracts (or emerging sinus tracts) of odontogenic origin: a report of 3 cases. *Clin Cosmet Investig Dent* 2010;2:63-67.
4. Melo Barbosa CA, Tancredo F, Freitas Fonseca C, Berredo Pinho MA. Diagnostic of cutaneous sinus tract in association with traumatic injuries to the teeth. *Dent Traumatol* 2011;2(2):75-79.
5. Abuabara A, Schramm CA, Zielak JC, Baratto-Filho F. Dental infection simulating skin lesion. *An Bras Dermatol* 2012;87(4):619-621.
6. Lasfargues JJ. Le diagnostic clinique des parodontites apicales. *Real clin* 2001;12(2):142-69
7. Sammut N, Malden V. Facial cutaneous sinuses of dental origin – a diagnostic challenge. *BDJ* 2013;215:555-558.
8. Benjelloun L, Harti K et col. À propos d'une fistule cutanée. *R.O.S* 2013;42:12-18.
9. Sheldon MB, James RJ. Chronic draining extraoral fistula of 32 years' duration. *J Endod* 1969;27(6):790-794.
10. Witherow H, Washan P and Blenkinsopp P. Midline odontogenic infections: a continuing diagnostic problem. *BJPS* 2003;174-175.
11. Kishore RV, Devireddy S. Cutaneous Sinuses of Cervicofacial Region: A Clinical Study of 200 Cases. *J Maxillofac Oral Surg* 2012;11(4):411-415.
12. Julie L, Peter AK, Lawrence M. Cutaneous Dental Sinus Tract a Common Misdiagnosis: A Case Report and Review of the Literature. *CME* 2002;70:264-267.
13. Guyot L, Catherine JH, Richard O, Olivi P, Chossegros C. Fistules cutanées d'origine dentaire. *Ann Dermatol Venereol* 2006;133:725-727.
14. Seigneuric JB, Denhez F, Andréani JF, Cantaloube D. Complications des extractions dentaires : Prophylaxie et traitement. *Encycl Méd Chir Stomatol/Odontologie* 2000; 1-13.
15. Oualha L, Bagga S, Nabiba D, Ben Amor F, Selmi J. Fistule cutanée d'origine dentaire : recherche de la dent causale. *Med Chir Buccale* 2011;17:39-43.
16. Rohit K, Aishvarya K, Sangeeta T, Sarika C, Ruchika N. Non surgical management of cutaneous sinus tract of dental origin: a report of three cases. *JEMDS* 2013; 2(46): 9042-47.
17. Herd MK, Aldridge T, Colbert SD, Brennan PA. Odontogenic skin sinus: a commonly overlooked skin presentation. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS.* 2012;65:1729-30.
18. Peermohamed S, Duane B, Kurwa H. Diagnostic Challenges of cutaneous Draining Sinus Tracts of Odontogenic Origin: A Case Report. *Dermatol Surg* 2011; 37:1525-1527.
19. Barrowman R, Rahimi M, Evans M, Chandu A, Paraschos P. Cutaneous sinus tracts of dental origin. *MJA* 2007;186:264-265.
20. Wigler R, Steinbock N, Berg T. Oral Cutaneous Sinus Tract, Vertical Root Fracture, and Bisphosphonate-related Osteonecrosis: a Case Report. *JOE* 2013;39(8):1088-1090.
21. Gupta M, Das D, Kapur R, Sibal N. A clinical predicament diagnosis and differential diagnosis of cutaneous facial sinus tracts of dental origin: a series of case reports. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;112:132-136.