



## Cellulite cervico-faciale chez l'enfant

**Rakotoarimanana FVA, Haminason LS, Rafenomanjato MM,  
Rasolondraibe AF, Randriamanantena T.**

### Introduction

La cellulite cervico-faciale est une inflammation des tissus lâches et/ou cellulaires de la face et du cou, d'origine infectieuse (1). Bien qu'elle soit une infection fréquente dans les pays en voie de développement (2), peu d'études ont été réalisées à Madagascar concernant les cas pédiatriques, alors que les enfants font partie de la population vulnérable. Sur les cas de cellulites odontogènes observés dans service de Chirurgie Maxillo-Faciale Antananarivo avant 2007, 54% sont des jeunes et 13,43% sont des enfants (1). Au Sénégal, 56,52% des patients présentant une cellulite seraient des enfants (2). Le pronostic est généralement excellent sous traitement. Néanmoins, la survenue de complications comme la diffusion vers certaines structures anatomiques, telles la compression des voies aéro-digestives et l'extension à l'étage endocrânien ou médiastino-pulmonaire, peut engager le pronostic vital (3). De plus, la rapidité de la diffusion à travers les espaces cellulaires vers d'autres régions, de la déshydratation et de l'altération de l'état général sont plus flagrantes chez les enfants (4). De ce fait, cette étude a pour objectif de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales aiguës chez l'enfant.

### Méthode

C'est une étude rétrospective et descriptive, réalisée au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Dieudonné Rakotovo (CHU/JDR) Antananarivo-Madagascar, dans le service de chirurgie maxillo-faciale (CMF) durant une période de 36 mois (janvier 2019 à décembre 2021). L'étude concernait les dossiers médicaux de tous les enfants de 2 à 15 ans qui ont présenté une cellulite cervico-faciale durant la période d'étude. Les paramètres épidémiologiques ont été relevés, selon le type de la dentition (« Lactéale » pour la tranche d'âge [2-6 ans], « Mixte » pour celle de [6-13 ans], et dentition « Définitive » pour les enfants

plus de 13 ans ou [13-16 ans]). Selon l'état bucco-dentaire de nos patients, il est considéré comme « Bon » s'il y a moins de 3 dents cariées ou absentes, « Moyen » s'il y en a entre 3 et 6, et « Mauvais » s'il y en a plus de 6. La maladie elle-même avec sa symptomatologie a été étudiée selon sa gravité, son stade évolutif, son étiologie et sa topographie. Et enfin, les moyens thérapeutiques entrepris avec leurs résultats respectifs ont été analysés. Les résultats ont été analysés statistiquement et interprétés selon la valeur de p, qui serait significative si elle était inférieure à 0,05.

### Résultats

Nous avons colligé 273 cas de cellulites pédiatriques durant la période d'étude mais seuls 183 cas ont été retenus

pour notre étude proprement dite. Ces derniers représentaient alors 2,85% des consultations au CHU/JDR Antananarivo

donnant en moyenne 61 cas de cellulite cervico-faciale aiguë pédiatrique par an, soit 5,1 cas par mois, et presque un cas par semaine.

L'âge moyen de notre population était de 8,43 ans et l'âge médian était de 8 ans avec des extrêmes de 2 ans et 15 ans et 1 mois [figure 1]. Nous avons 93 garçons et 89 filles donnant une sex-ratio de 1,06. La figure 2 illustre notre population selon l'état bucco-dentaire. L'état buccodentaire était mauvais dans plus du quart de l'échantillon (27%).

Parmi les 183 cas, 22 cas (12,02%) étaient graves. Les plus jeunes sont les plus vulnérables ( $p=0,003$ ) [tableau I]. La fièvre, l'extension cervico-thoracique et/ou orbitaire, la dysphagie et les dyspnées sont les signes de gravité les plus rencontrés [tableau II]. Les malades étaient vus en consultation au stade collecté de la maladie dans 51% des cas contre 49% au stade séreux. Les cellulites collectées présentaient une gravité plus grande que les cellulites à la phase séreuse et cette différence est très significative ( $p=0,0004$ ) [tableau III]. Il semble que l'étage inférieur et le côté gauche ont été les plus atteints avec respectivement 127 cas (69,40%) et 93 cas (50,82%) [tableau IV] mais il n'y avait pas de liaison significative entre la gravité de la maladie et sa topographie ( $p=0,13$ ) [tableau V]. Il a été aussi observé que les régions les plus concernées étaient par ordre décroissante la région génienne ( $n=104$  ; 56,83%), sous-mandibulaire ( $n=21$  ; 11,48%) et sous-mentonnière ( $n=6$  ; 3,28%). L'étiologie est dominée par la carie dentaire (77,66%), mais dans 6% des cas, cette étiologie n'était pas élucidée [tableau VI]. La 36 était la dent causale la plus fréquente (19,46%), suivie de la 75 dans 9,40% des cas, puis la 46 et la 85, toutes les deux étaient identifiées comme causale dans 7,38% des cas chacune [tableau VII]. Cependant, L'analyse statistique ne révélait aucune relation significative ni entre les dents causales et la gravité de la maladie

( $p=0,55$ ), ni entre le type de dent causale (déciduale ou définitive) et la gravité ( $p=0,16$ ).

Pour la prise en charge, 27 patients ont été hospitalisés, soit 14,75% de l'échantillon. Il y avait 5 cas d'acutisation d'une cellulite chronique qui ont dû être opérés et surveillés brièvement en période post-opératoire, d'où les 27 cas hospitalisés au lieu des 22 cas graves propres pour l'étude. Le séjour moyen était de 3,6 jours, avec des extrêmes de 2 et 8 jours. Des antalgiques et des antibiotiques ont été prescrits pour tous les patients. D'autres enfants nécessitaient des traitements adjuvants tels la réhydratation et l'oxygénothérapie [tableau V]. De tous les protocoles antibiotiques, l'association amoxicilline-métronidazole a été la plus utilisée ( $n=125$  ; 68,3%), ensuite, l'association amoxicilline-acide clavulanique et métronidazole ( $n=19$  ; 10,4%) et de pénicilline G-métronidazole ( $n=10$  ; 5,5%) [tableau VI]. Les cellulites odontogènes nécessitaient plus de temps pour être guéries par rapport aux cellulites non odontogènes ( $p=0,043$ ) dont la durée moyenne de l'antibiothérapie était respectivement de 13,2 et 8,5 jours. Pour le traitement chirurgical [tableau VII], l'incision-drainage a été réalisée chez tous les cas de cellulites collectées. La dent causale a été extraite pour 65,49% des cas de cellulites odontogènes (traitement conservateur pour les 34,51% restants). L'évolution globale sous traitement était marquée par l'existence de 8 cas de complications à type d'ostéite (4,37%) ; et pour les 90 cas des cellulites séreuses bien traitées, 4 cas (4,44%) passaient au stade de collection et avaient dû nécessiter une incision-drainage ultérieure mais leur évolution ultérieure sous traitement était favorable. Trois enfants parmi les 22 cas graves ont été transférés en service de réanimation chirurgicale de l'Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona (HNJA) pour médiastinite.

## Discussion

Les 21% de cellulites cervico-faciales vues dans la présente étude correspondaient aux cellulites aiguës pédiatriques. Diallo *et al.* ainsi que Razafindrabe *et al.* avaient des résultats avec une plus faible proportion par rapport aux présents résultats. En effet, dans leurs études les cellulites aiguës de l'enfant représentaient respectivement 8,26% et 13,43% des cellulites (1, 4). Une telle situation pourrait être expliquée par le fait que ces derniers n'ont considéré que les cellulites aiguës odontogènes. Par contre, en ayant fait une étude prospective, Yam *et al.* ont trouvé une prévalence quasi-triplée à celle de la présente étude (56,52%) (2). Il en est de même pour l'étude rétrospective aux Etats-Unis de Unkel qui disait avoir recensé approximativement 50% de cellulites odontogènes chez les enfants (5). Une telle différence serait probablement due au fait que certains des dossiers n'étaient pas complets et n'ont pas pu alors être incorporés dans notre étude. En effet, contrairement aux pays développés, nos dossiers ne sont pas encore digitalisés et, au fil des années, des documents peuvent être séparés de leur dossier.

L'étude menée par Thikkurissy où l'âge moyen était de 8,19 ans (6), peut corroborer avec notre étude. Dans notre étude, les enfants avaient en moyenne 8,43 ans. Par contre, en ayant des extrêmes d'âge plus jeunes, deux séries de cas avaient une moyenne d'âge beaucoup moins élevée. En effet, la population de Yam *et al.* avait de 6 mois à 14 ans, donnant un âge moyen de 3 ans (2). Quant à Lin *et al.*, l'échantillon avait entre 1 an et 1 mois et 15 ans et 3 mois, avec un âge moyen de  $5,72 \pm 2,70$  ans (7). Toutes ces différences d'âge pourraient aussi venir de la différence de la taille des échantillons. Il a été vu que la tranche d'âge la plus jeune était plus concernée par les formes graves. C'est probablement due au fait que les enfants ont des os plus poreux, facilitant la diffusion rapide de l'infection vers d'autres régions de la face et du cou (8), voire une septicémie. Mais encore, les

jeunes enfants ont un état de santé plus fragile, leur immunité se développant encore et la dégradation peut être plus rapide.

A l'instar de l'étude de Razafindrabe *et al.*, Diallo *et al.* (1, 4), la prédominance masculine observée a été quasi-nulle dans la présente étude avec un sex ratio de 1,06. Thikkurissy *et al.*, ainsi que Lin *et al.* rapportent que les deux sexes peuvent être atteints de manière égale (6, 7). En effet, la carie dentaire peut affecter tous les enfants, que ce soit une fille ou un garçon mais souvent la prédominance masculine dans le cadre de la cellulite cervico-faciale fait presque l'unanimité des auteurs. Néanmoins, ces différences pouvaient dépendre de l'origine de la cellulite ainsi que de l'âge de la population ; pour toutes étiologies confondue, si bien que les deux sexes pouvaient être atteints de manière quasi-équivalente comme dans notre étude (4, 9), la population masculine prédominaient lorsque les adultes étaient aussi pris en compte (1, 8, 10).

L'état bucco-dentaire de 41,53% de cet échantillon a été jugé bon. Cette grande proportion de bon état bucco-dentaire pourrait être expliquée par le soin particulier et l'hygiène bucco-dentaire que portent les parents chez les enfants. Cependant, l'état bucco-dentaire de plus d'un quart de la population était mauvais, et la majorité des enfants de notre échantillon (58,47%) n'ont pas eu un bon état bucco-dentaire, avec au moins 3 dents cariées. En comparant l'état bucco-dentaire des enfants ayant eu une cellulite odontogène avec ceux ayant eu une cellulite non odontogène, une nette différence de répartition a été observée. La population de cellulites non odontogènes est dominée par un bon état bucco-dentaire.

Sur le plan symptomatologique, les cas graves représentaient 12,02% des cellulites mais la littérature relatait des taux inférieurs par rapport à ces chiffres, s'expliquant par une prévalence encore élevée des maladies bucco-dentaires (en

particulier les caries) dans les pays en développement (5, 8, 10). De plus, à Madagascar, comme dans d'autres pays en développement, les parents tardent à emmener leurs enfants au centre de santé spécialisé en pratiquant souvent l'automédication, particulièrement les anti-inflammatoires qui soulagent temporairement la symptomatologie douloureuse (1, 7, 10), mais aussi sur les méthodes traditionnelles (4).

Devant une infection bactérienne sévère, il est rare qu'un enfant ne présente pas de fièvre (11). Dans cette étude, environ 73% des cas graves étaient fébriles. Une fièvre peut être mal tolérée par un enfant, et cela pousse les médecins de ville et les parents à avoir tendance à administrer un antipyrétique avant l'arrivée en consultation (3, 8, 11). Ceci explique le fait que ce n'est pas tous les cas graves qui avaient présenté une fièvre à leur arrivée au service de soins. La dysphagie et la dyspnée étaient retrouvées respectivement dans 31,8% et 13,6% de cas graves. Ces signes fonctionnels sont des témoins de la diffusion locale de l'infection et de la compression des voies aéro-digestives supérieures (5, 9, 10). La dyspnée doit même faire suspecter une atteinte du médiastin (1, 3, 10).

La gravité n'était pas corrélée à la dent causale. Malgré cette absence de corrélation, les dents déciduales avaient plus engendré de cas graves par rapport aux dents définitives, et en particulier la 85. Une autre étude a noté une plus grande survenue de cellulites odontogènes graves dont les dents causales étaient les deuxièmes molaires mandibulaires définitives (7), mais cette étude prenait aussi en compte les adultes, qui étaient en plus grand nombre.

Avant de venir au CHU/JDR, la plupart des patients ont déjà eu recours à l'automédication ou à des méthodes traditionnelles devant les premiers symptômes, ou ont déjà vu d'autres centres de santé. Cela serait à l'origine des cellulites suppurées qui prédominent sur les séreuses, tout comme dans l'étude de Diallo *et al.* (4).

Mais une étude menée à Tunis évoquait 80% de cellulites au stade séreux (12).

Un fait remarqué dans cette étude, c'est la différence significative entre cellulites collectées, qui sont plus graves que les cellulites séreuses. Les cellulites séreuses font partie des formes circonscrites, tandis que les cellulites suppurées peuvent se propager vers d'autres régions du corps, dont le médiastin ou le cerveau, et elles risquent d'engager ainsi le pronostic vital.

Comme dans notre étude, la majorité des auteurs évoquent une atteinte plus fréquente de l'étage inférieur de la face (1, 3, 10). Cela est dû à la faible vascularisation de la région mandibulaire (9) mais surtout, les dents causales sont du côté inférieur dans la plupart des cas (Tableau VII). Contrairement à cela, deux études faites à Taiwan ont observé une fréquence plus élevée au niveau de l'étage supérieur (7, 13). Selon Dodson, les plus jeunes enfants étaient plus affectés au niveau maxillaire, et les plus âgés au niveau mandibulaire (9).

En ce qui concerne les régions atteintes, la littérature parle surtout des régions génienne et submandibulaire (1, 12, 14), exactement comme pour notre étude.

Dans cette étude, la topographie de la cellulite n'était pas en relation avec la gravité. De plus, nous considérons que les régions de la face et du cou sont « charnières ». Elles se situent près du cerveau et près des voies aéro-digestives supérieures et du médiastin, des parties du corps pouvant engager le pronostic vital si elles sont atteintes. Par contre, une étude turque relate qu'il peut y avoir un lien entre la gravité et la topographie de la cellulite, en évoquant une durée d'hospitalisation significativement plus courte des patients infectés au niveau de l'étage supérieur et/ou du côté gauche de la face (15).

Etiologiquement, si la plupart des études ne contredisent pas nos résultats en observant une plus grande fréquence des cellulites d'origine dentaire (4, 14), une étude menée aux Etats-Unis par Fisher *et al* a plutôt recensé une prédominance des

cellulites cervico-faciales non odontogènes dans leur population pédiatrique, notamment de cause traumatique (16). Deux autres études faites aux Etats-Unis ont conclu que chez les jeunes enfants de moins de 5 ans, la cause des cellulites était non odontogène ou inconnue et les enfants plus âgés étaient plus sujets aux cellulites d'origine dentaire (5, 9, 14). Aussi, cette étude a été monocentrique et dans un pays en développement où les maladies bucco-dentaires atteignent encore un grand nombre de personnes, d'où une prédominance des cellulites odontogènes. De plus, les caries prévalent de loin parmi l'étiologie des cellulites cervico-faciales, ce qui est confirmé dans la littérature (1, 3, 14).

Dans plusieurs études, dont celle-ci, aucune cause n'a été retrouvée dans 6% des cas (7, 12, 15). Dodson *et al.* ont remarqué que cela concernait surtout les cellulites touchant l'étage supérieur de la face (9). Par contre, il semble que les études occidentales relatent surtout des cellulites dues à des traumatismes (12, 16). C'est d'ailleurs possible que les parents ne soient pas informés d'une notion de traumatisme de leur enfant.

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que les dents causales les plus fréquentes sont les molaires mandibulaires, qu'elles soient déciduales ou définitives (1, 14). Certaines raisons peuvent expliquer cette fréquence. En effet, la pesanteur permet aux débris alimentaires de s'entasser plus aisément au niveau mandibulaire que maxillaire. Aussi, le coefficient masticatoire témoigne de la valeur fonctionnelle d'une dent, faisant des molaires des dents plus utilisées que d'autres, en ayant une valeur masticatoire plus élevée (12). En ce qui concerne le type de denture, notre étude rejoint celle de Lin *et al.* disant que les dents déciduales sont surtout en cause (7). Cette étude implique l'importance de soigner une dent cariée, même les dents temporaires qui seront vouées à tomber plus tard.

Dans cette étude, 27 patients ont été hospitalisés, soit 14,75%. En moyenne, les

patients restaient à l'hôpital pendant 3,6 jours. Pour la plupart, ce sont des patients présentant des critères de gravité, mais pour certains, l'hospitalisation a été requise en vue d'une intervention chirurgicale sous anesthésie générale. L'étude menée par Thikkurissy *et al.* aux Etats-Unis a permis d'objectiver un impact significativement positif de la prise en charge rapide sur la durée d'hospitalisation des enfants présentant une cellulite (6).

La base du traitement médical de la cellulite est la prescription d'un antalgique et d'une antibiothérapie efficace (1, 6, 10, 15). Ici, tous les patients en ont bénéficié et ces médicaments sont facilement accessibles au public. Compte tenu du faible niveau socio-économique de la plupart des patients, la stratégie d'antibiothérapie est surtout probabiliste car le coût d'un antibiogramme n'était pas toujours abordable. L'association amoxicilline-métronidazole a été le protocole le plus prescrit chez les patients de Bertolus (3). A Madagascar, ces molécules, qui font partie des médicaments essentiels, sont généralement efficaces sur les cellulites. La durée de l'antibiothérapie était aux alentours de 9 jours dans notre série. Celle-ci variait à cause de l'origine et le stade d'évolution de la cellulite. Avec une association significative entre le stade suppuré et la gravité, il est possible d'avancer que plus grave est la cellulite, plus longue devra être la durée de l'antibiothérapie. D'où une durée de traitement antibiotique plus longue en cas de cellulite suppurée.

Pour les cas collectés, des mesures chirurgicales étaient requises car le traitement médical seul n'était pas suffisant. Dans la présente étude, 51% des patients ont subi un drainage d'emblée. Dans plusieurs études, le recours à cette intervention chirurgicale est même requis dans presque 90% des cas (4, 8, 10). En effet, sans le drainage, la cellulite va diffuser, engageant éventuellement le pronostic vital du patient (compression des voies aéro-digestives, médiastinite, septicémie) ou conduisant à sa

chronicité (10). De plus, le drainage permet de diminuer considérablement les symptômes de la maladie, notamment la douleur (10, 13). Le curetage osseux et/ou la fistulectomie et/ou l'ablation d'éventuel séquestre osseux, réalisés chez 11 patients, étaient nécessaires devant une acutisation d'une cellulite chronique. Le traitement étiologique est un élément clé de la prise en charge car le but est d'éradiquer le foyer infectieux pour aboutir à une guérison et éviter les récives. C'est dans cette optique que la dent causale est traitée ou surtout extraite dans le cas d'une cellulite odontogène. En effet, chez 58,47% de notre population d'étude, l'état bucco-dentaire était soit moyen, soit mauvais d'où le recours à l'extraction dentaire dans 50,82% des cas. D'autres auteurs relataient aussi un plus grand taux d'extractions dentaires par rapport au traitement conservateur de la dent causale (4). En effet, des auteurs estiment qu'une avulsion dentaire « à chaud », moins de 48 heures, voire le jour-même de la consultation, conduisait à un raccourcissement de la durée

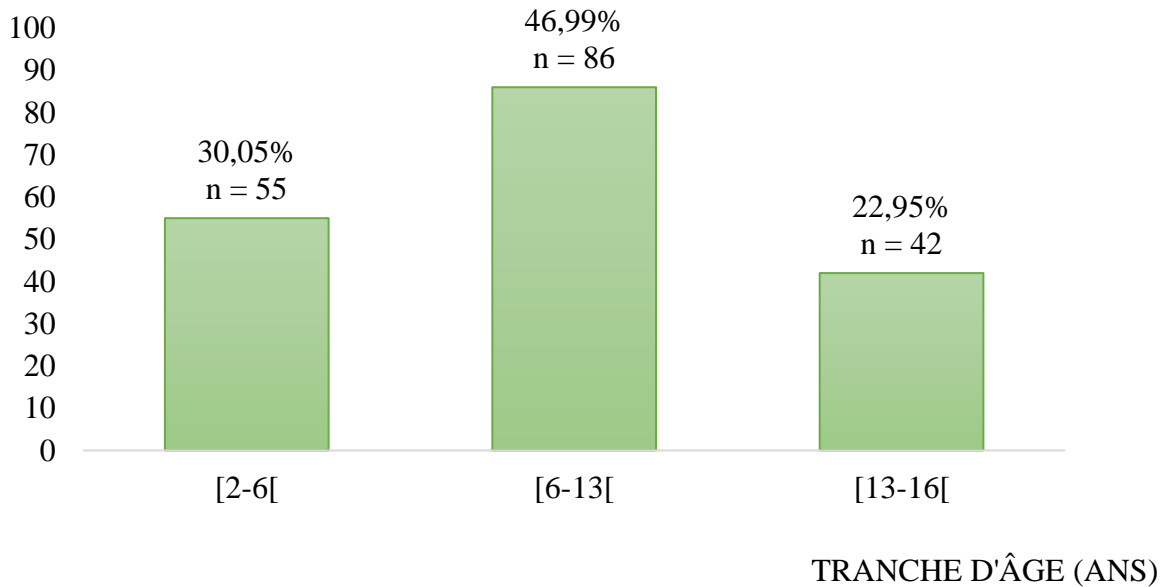
d'hospitalisation, mais aussi à une guérison rapide et définitive (3, 5).

Pour les résultats thérapeutiques, 95,6% des enfants atteints de cellulite cervico-faciale aiguë ont été guéris. Aucun cas de décès n'a été rapporté, comme dans l'étude Benzarti *et al.* (12). L'issue des trois patients transférés à l'HJRA n'a pas été rapportée au service de CMF. L'évolution en cellulite chronique des 4,4% de l'échantillon constitue la seule complication. Devant une diminution voire une disparition de la tuméfaction et de la douleur, les patients pensent souvent être guéris et négligent de poursuivre leur traitement, et à cela s'ajoute le problème de coût du traitement qui est souvent trop élevé pour les patients. En effet, le manque d'observance thérapeutique mène souvent à la chronicité des lésions. Une autre constatation, 4 cas de cellulites séreuses (4,5% des cellulites aiguës séreuses) sont passées au stade collecté après quelques jours de traitement. En effet, outre la chronicité, une cellulite séreuse peut évoluer vers une cellulite suppurée si la prise en charge n'est pas adaptée (3, 6, 10).

## Conclusion

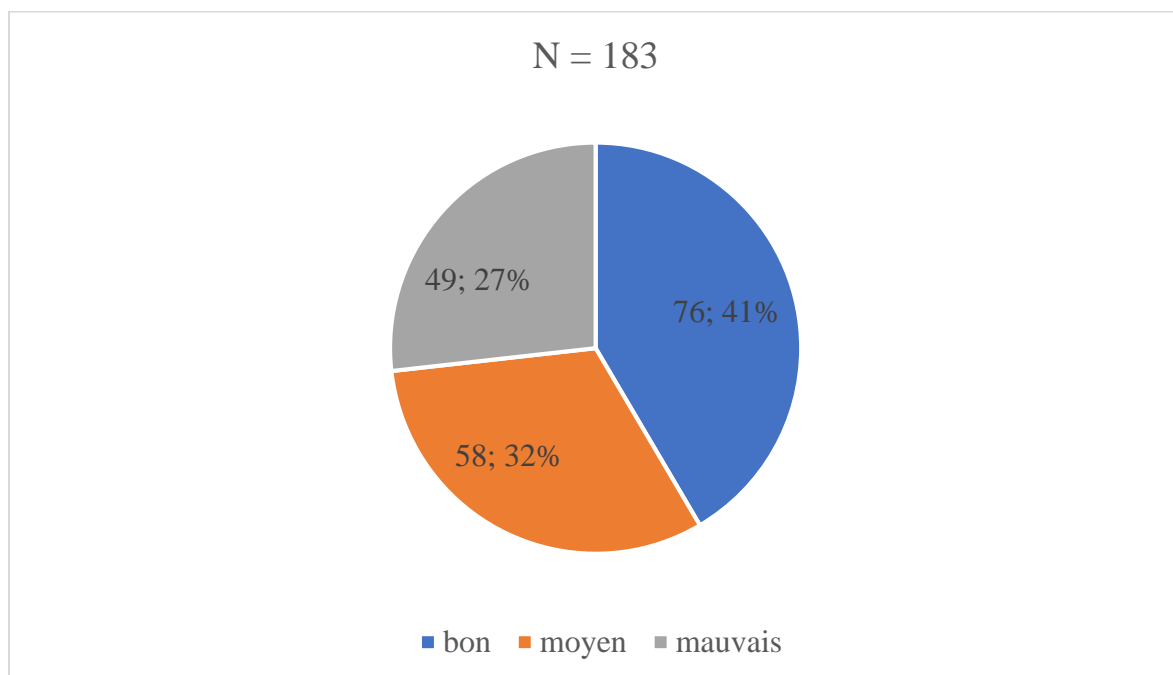
L'infection des tissus cellulaires sous-cutanés de la face et du cou, qui peut être d'origine dentaire ou non, est une affection fréquemment rencontrée au CHU/JDR. L'origine dentaire est la plus fréquente, et les deux sexes peuvent être atteints. Chez l'enfant, cette affection représente une faible incidence dans le centre et un très faible taux de mortalité. Malgré cela, la vigilance diagnostique et thérapeutique est toujours requise devant la vulnérabilité du terrain et la rapidité de la diffusion de l'infection. En effet, l'impact sur l'état général et l'extension vers des espaces vitaux (thorax, voies aéro-digestives, cerveau) peuvent engager le pronostic vital. Les cas graves surviennent surtout chez les plus jeunes enfants et aussi, pour les formes collectées. Même, les caries des dents déciduales peuvent provoquer plus de forme grave que les dents définitives. La prise en charge thérapeutique se fera en fonction de l'état clinique et l'étiologie. Les grandes lignes consistent en une antibiothérapie adaptée, un drainage des éventuelles collections purulentes et un traitement étiologique (soins ou extraction dentaire). En général, l'enfant répond bien à un traitement médico-chirurgical et étiologique bien conduit.

NOMBRE DE  
PATIENTS



N = 183

**Figure 1 : Répartition selon la tranche d'âge**



**Figure 2 : Répartition selon l'état bucco-dentaire**

**Tableau I : Corrélation entre tranche d'âge et cas grave**

Tranches d'âge (ans) \ Cas graves	Effectif (N=22)	Pourcentage (%)	p value
[2-6[	13	59,1	<b>0,003</b>
[6-13[	7	31,8	
[13-16[	2	9,1	

**Tableau II : Fréquence des signes de gravité pour les formes graves**

Signes de gravité	Effectif (N=22)	Pourcentage (%)
Fièvre	16	72,7
Extension vers la région palpébrale et/ou cervico-thoracique	12	54,6
Dysphagie	7	31,8
Dyspnée	3	13,6
Déshydratation	3	13,6
Altération de l'état général	2	9,1
Cellulite gangréneuse	1	4,5

**Tableau III : Corrélation entre gravité et stade évolutif**

Stades \ Gravité	Collecté		Sérieux		P value
	Effectif (N=94)	Pourcentage (%)	Effectif (N=89)	Pourcentage (%)	
Non graves	75	79,8	86	96,6	<b>0,000403</b>
Graves	19	20,2	3	3,4	

**Tableau IV : Répartition selon la topographie**

Etage \ Côté	Supérieur n=47 (25,68%)	Inférieur n=127 (69,40%)	Supérieur + Inférieur n=9 (4,92%)	Total N=183 (100%)
Gauche	18	70	5	93 (50,82)
Droit	27	50	3	80 (43,72)
Droit + Gauche	2	7	1	10 (5,46)

Etage supérieur : maxillaire

Etage inférieur : mandibulaire



**Tableau IV : Corrélation entre topographie et cas grave**

<b>Cas graves</b>	<b>Effectif (N=22)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>	<b>p value</b>
<b>Topographie, étages</b>			
Supérieur	9	41	0,13
Inférieur	12	54,5	
Supérieur + Inférieur	1	4,5	

**Tableau III : Répartition selon l'origine et l'étiologie**

<b>Etiologie</b>	<b>Origine</b>		<b>Taux (100%)</b>
	<b>Non Odontogène (n=34)</b>	<b>Odontogène (n=149)</b>	
<b>Carie dentaire</b>		<b>142</b>	<b>77,60</b>
Idiopathique	11		6,01
Infection cutanée	9		4,92
Traumatisme cervico-facial	6		3,28
Post-avulsionnelle		5	2,73
Gingivite	3		1,64
Aphte	2		1,09
Abcès	2		1,09
Péricoronarite		1	0,55
Desmodontite		1	0,55
Tuberculose	1		0,55

**Tableau IV : dents causales**

<b>Dents définitives</b>	<b>Effectif</b>	<b>Dents déciduales</b>	<b>Effectif</b>
<b>11</b>	1 (0,67%)	<b>51</b>	3 (2,01%)
<b>16</b>	5 (3,35%)	<b>54</b>	6 (4,02%)
<b>17</b>	1 (0,67%)	<b>55</b>	5 (3,35%)
<b>25</b>	1 (0,67%)	<b>61</b>	1 (0,67%)
<b>26 et 36</b>	1 (0,67%)	<b>63</b>	1 (0,67%)
<b>27</b>	1 (0,67%)	<b>64</b>	7 (4,69%)
<b>34</b>	2 (1,34%)	<b>65</b>	1 (0,67%)
<b>35</b>	5 (3,35%)	<b>73</b>	1 (0,67%)
<b>36</b>	29 (19,46%)	<b>74</b>	9 (6,04%)
<b>37</b>	5 (3,35%)	<b>74 et 75</b>	1 (0,67%)
<b>38</b>	1 (0,67%)	<b>74 et 84</b>	1 (0,67%)
<b>45</b>	3 (2,01%)	<b>75</b>	14 (9,39%)
<b>46</b>	11 (7,38%)	<b>83</b>	1 (0,67%)
<b>47</b>	6 (4,02%)	<b>84</b>	7 (4,69%)
<b>47 et 48</b>	1 (0,67%)	<b>84 et 85</b>	2 (1,34%)
		<b>85</b>	11 (7,38%)
		<b>Multiple</b>	4 (2,68%)

**Tableau V : Traitement médical reçu par les patients**

	<b>Reçus</b>		<b>Non reçus</b>	
	<b>Effectif (N=183)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>	<b>Effectif (N=183)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Antalgique	183	100	0	0
Antibiothérapie				
- Voie orale	171	93,4	22	6,6
- Voie intra-veineuse	22	6,6	171	93,4
Autres	18	9,8	165	90,2

**Tableau VIII: Antibiothérapies utilisées**

Protocole d'antibiothérapie	Antibiotiques utilisés	Effectif (N=183)	Durée moyenne (9,4 jours)
Monothérapie	Amoxicilline	8 (4,37%)	10,1
	Métronidazole	3 (1,63%)	9
	Oxacilline	4 (2,18%)	21
Bithérapie	<b>Amoxicilline + Métronidazole</b>	<b>125 (68,30%)</b>	<b>7,7</b>
	Pénicilline G + Métronidazole	10 (5,46%)	9,5
	Amoxicilline-Acide clavulanique	7 (3,82%)	8
	Erythromycine + Métronidazole	1 (0,54%)	7
	Ampicilline + Métronidazole	1 (0,54%)	10
Trithérapie	Oxacilline + Métronidazole	3 (1,63%)	21
	Amoxicilline-acide clavulanique + Métronidazole	19 (10,38%)	7,9
Polythérapie	Amoxicilline-acide clavulanique + Métronidazole + Cefixime	1 (0,54%)	10
	Antituberculeux	1 (0,54%)	168

**Tableau IVI : Traitement chirurgical reçu par les patients**

	Reçus		Non reçus	
	Effectif (N=183)	Pourcentage (%)	Effectif (N=183)	Pourcentage (%)
Incision-drainage	94	51	89	49
Fistulectomie et/ou curetage osseux et/ou résection osseuse	11	6,01	172	93,99
Autres interventions chirurgicales	10	5,46	173	94,54

## Références

1. Razafindrabe JAB, Randriamanantena VH, Andrianasolo MF, Radaviarison JB, Rasoarimasy VO, Rakotovao JD. Epidemiological and Clinical Aspects of Dental Cellulitis in Antananarivo. J Med Sci. 15 sept 2007,7(7):1108-11.
2. Yam AA, Diop F, Faye M, Ba-Tamba A, Diongue A, Ba I. Dental cellulitis in children. Realities and perspectives in Senegal. Dakar Med. 2002,47(1):45-8.
3. Bertolus C. Cellulite cervico-faciale. In Paris: SMU-SAMU, 2011. p. 593-600.
4. Diallo OR, Camara SAT, Diallo A, Bah AT, Bah AI, Cherif F. Cellulites cervico-faciales chez les enfants : aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique au CHU de Conakry. Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac. 2011,18:39-44.

5. Unkel JH, McKibben DH, Fenton SJ, Nazif MM, Moursi A, Schuit K. Comparison of odontogenic and non odontogenic facial cellulitis in a pediatric hospital population. *Pediatr Dent.* déc 1997,19(8):476-9.
6. Thikkurissy S, Rawlins JT, Kumar A, Evans E, Casamassimo PS. Rapid treatment reduces hospitalization for pediatric patients with odontogenic-based cellulitis. *Am J Emerg Med.* juill 2010,28(6):668-72.
7. Lin YTJ, Lu PW. Retrospective study of pediatric facial cellulitis of odontogenic origin. *Pediatr Infect Dis J.* avr 2006,25(4):339-42.
8. Giunta Crescente C, Soto de Facchin M, Acevedo Rodríguez AM. Medical-dental considerations in the care of children with facial cellulitis of odontogenic origin. A disease of interest for pediatricians and pediatric dentists. *Arch Argent Pediatr.* 1 août 2018,116(4):e548-53.
9. Dodson TB, Perrott DH, Kaban LB. Pediatric maxillofacial infections : a retrospective study of 113 patients. *J Oral Maxillofac Surg.* avr 1989,47(4):327-30.
10. Randriamanantena T, Rakotoarison RA, Rakotoarimanana DF, Razafimbahoaka T, Randriamanantenaso H, Bam Razafindrabe JA. Traitement chirurgical des cellulites odontogènes dans le Service de Chirurgie maxillofaciale du CHU d'Antananarivo. *Médecine Buccale Chir Buccale.* août 2011,17(3):195-201.
11. Biederman GR, Dodson TB. Epidemiologic review of facial infections in hospitalized pediatric patients. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg.* oct 1994,52(10):1042-5.
12. Benzarti S, Mardassi A, Mhamed R, Hachicha A, Brahem H, Akkari K, et al. Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire: à propos de 150 cas. *J Tunis ORL Chir Cervico-Faciale.* 2007,19:24-8.
13. Kuo J, Lin YT, Lin YTJ. Odontogenic cellulitis in children requiring hospitalization. *J Dent Sci.* 1 juin 2013,8(2):129-32.
14. Moghimi M, Baart JA, Karagozoglu KH, Forouzanfar T. Spread of odontogenic infections: a retrospective analysis and review of the literature. *Quintessence Int Berl Ger 1985.* avr 2013,44(4):351-61.
15. Kara A, Ozsurekci Y, Tekcicek M, Karadag Oncel E, Cengiz AB, Karahan S, et al. Length of hospital stay and management of facial cellulitis of odontogenic origin in children. *Pediatr Dent.* févr 2014,36(1):18E-22E.
16. Fisher RG, Benjamin DK. Facial cellulitis in childhood: a changing spectrum. *South Med J.* juill 2002,95(7) : 672-4.