



Un cas de fasciite nécrosante cervico-faciale odontogène

Ramangason JA, Njatosoa RF, Rabenandrasana FVA, Rakotoarison RA.

Introduction

La cellulite cervico-faciale odontogène résulte surtout d'une complication des infections dentaires (1). C'est une infection du tissu cellulo-adipeux ayant une tendance à une extension (2). Elle peut occasionner une fasciite nécrosante cervico-faciale qui est une infection poly ou mono microbienne avec extension superficielle vers le fascia, le tissu sous cutanés et la peau (3). Les germes responsables sont les *streptocoques* suivis des *staphylocoques* (4). Notre objectif général est de décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques de ce cas rare.

Observation

Fin décembre 2020, notre patient est adressé au service d'Otorhinolaryngologie (ORL) et Chirurgie Maxillo-Faciale (CMF) du CHU PZaGa Mahajanga pour une tuméfaction cervico-faciale gauche évoluant depuis 4 mois.

Il s'agit d'un homme de 47 ans, cultivateur, résidant en brousse. La maladie aurait débuté début Septembre 2020 par une odontalgie.

Le patient a pris du diclofénac par automédication en le posant à l'intérieur de la cavité dentaire carieuse. Vers la fin du mois de novembre, la douleur est associée à une tuméfaction génienne. Le patient a consulté un guérisseur traditionnel local. Sans amélioration voire aggravés, il est allé à un Centre de Santé de Base (CSB) où il a reçu des antibiotiques et de l'AINS. Vers la fin du mois de décembre, la tuméfaction a été fistulisée avec nécrose cutanée. Il a été transféré de suite au CHU PZaGa Mahajanga.



Figure 1 : Fasciite nécrosante cervico-faciale odontogène

Le patient présentait une altération de l'état général avec asthénie, anorexie et une fièvre modérée. La douleur a été plus intense au niveau thoracique. Il a eu un léger trismus. La 37 est carieuse.

L'examen complémentaire a évoqué une hyperleucocytose (14,9g/l), une augmentation de la CRP (151mg/l), une Hypoglycémie (2,92 mmol/l) et une image radio-claire péri-apicale de la 37.

L'examen bactériologique du pus a identifié des *Staphylococcus aureus* résistants aux betalactamines, mais sensibles aux aminoglycosides, aux macrolides et aux lincosamides. Le traitement médical a été un rééquilibrage hydro-électrolytique, une antibiothérapie probabiliste par pénicilline G, associée avec métronidazole et du paracétamol en IVDL. A tout cela s'ajoutaient des pansements locaux, un bain de bouche et de la vitaminothérapie. Après l'examen bactériologique, la pénicilline G a été changé en érythromycine.

Le traitement chirurgical a été des drainages du pus avec débridement, excision des tissus nécrosés et lavage à l'antiseptique local et aux Sérum Salé Isotonique. L'Extraction de la dent causale (37) après refroidissement de processus infectieux a été fait. Durant l'exploration chirurgicale, un large tissu sous cutané cervical a été décollé et toute la partie basale du corps mandibulaire a été exposée.

Les filets nerveux buccaux et mentonniers du facial ont été sectionnés. Également, l'artère et la veine faciale ont été ligaturées et sectionnées.

D'abord des pansements humides avec des compresses hydrocolloïde ont été fait pendant 21 jours, puis des pansements gras pendant 40 jours et des pansements secs à la fin. Chaque jour, les pansements ont été renouvelés le plus fréquemment possible. Une minerve a été posée pendant plus de 3 mois pour éviter une cicatrisation contractile.



Figure 2 : Plaie post-drainage (j+4)



Figure 3 : Evolution de plaie à J+45



Figure 4 : Cicatrisation contractile à M+7

L'évolution a été bonne et le patient est sorti de l'hôpital après 65 jours d'hospitalisation. Néanmoins, il présentait une légère paralysie faciale et une légère cicatrisation contractile du cou.

Discussion

Généralement, l'infection péri-apicale qui évolue vers la cellulite peut aboutir à une large lésion nécrosante des tissus adipeux, aponévrotique sous-cutané et puis la peau (3). Les AINS sont connus comme un des facteurs favorisant la complication des infections péri-apicales (5). De plus, la notion de toxicité alcoolotabagique chronique qui est souvent associée à une mauvaise hygiène bucco-dentaire favorise également cette complication (6).

En outre, à Madagascar, nous avons aussi les facteurs particuliers suivants :

- l'accès difficile aux services de soins bucco-dentaires favorise ainsi l'automédication et la consultation chez les

guérisseurs traditionnels de proximité, cela est considéré comme étant un facteur de risque de complication, tout simplement par la perte de temps.

- la pauvreté, la vie en brousse et l'éloignement des services de santé.

Ces facteurs de risques favorisent l'évolution d'une simple carie dentaire vers des graves complications telles que l'abcès dentaires et la fasciite nécrosante.

La littérature est unanime sur le traitement chirurgical pour soulager le patient, bien nettoyer la lésion en drainant le pus et en éliminant les tissus nécrosés. La cicatrisation cutanée doit être guidée ou si nécessaire procéder à la chirurgie réparatrice. Enfin, la dent causale doit être extraite devant une telle pathologie.

Conclusion

Aggravés par des multiples facteurs favorisant et des facteurs de risques, la complication de la cellulite odontogène peut provoquer une fasciite nécrosante faciale tandis que les germes responsables sont les mêmes.

Les traitements doivent être rapide et sont basés sur l'antibiothérapie à forte dose assistés par l'antibiogramme et sur les interventions chirurgicales.

Les soins et les pansements post-opératoire sont très importants pour la bonne évolution et la cicatrisation de la plaie.

Références

1. Bertolus C. Samu – Urgences de France : Cellulite Cervico-Faciale. Paris : 2011 ; 52 :593-600.
2. Randriamanantena T, Rakotoarison RA, Rakotoarimanana FVA, Razafimbahoaka T, Randriamanantenasoah V, Razafindrabe JAB. Traitement chirurgical des cellulites odontogènes dans le Service de Chirurgie maxillofaciale du CHU d'Antananarivo. *Med Buccale Chir Buccale*, 2011;17:195-201.
3. Stevens DL, Bryant AE. Necrotizing soft-tissue infections. *The New England Journal of Medicine*. 2017; 377 : 2253-65.
4. Traore I, Coulibaly AT, Coulibaly A, Badini SAP, Tiemtore CA, Beogo R. La cellulite aigüe grave de la face chez l'adulte : à propos de 178 patients. *Revue Africaine de Chirurgie et Spécialités*. 2020;14:2-22.
5. Nicot R, Hippy C, Hochart C, Wiss A, Brygo A, Gautier S, *et al.* Les anti-inflammatoires aggravent-ils les cellulites faciale d'origine dentaire? *Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-faciale et de Chirurgie Orale*. 2013;114(5): 204-9.
6. Rouadi S, Ouassiss L, El Khiati R, Abada R, Mahtar M, Roubal M, *et al.* Les cellulites cervico-faciales à propos de 130 cas. *The Pan African Medical Journal*. 2013;14 :88