

Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année universitaire 2020-2021

FMOS

Thèse N° /

**CELLULITES PERI-MANDIBULAIRES AU SERVICE DE
STOMATOLOGIE ET DE CHIRURGIE MAXILO-FACIALE AU CHU
BOCAR SIDY SALL DE KATI.**

Présentée et Soutenue publiquement le 07/ 08/2021

Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

M. Alpha SONFO

**Pour obtenir le grade de Docteur en Chirurgie dentaire
(DIPLOME D'ETAT)**

JURY :

Président : Pr Yacaria COULIBALY

Membre : Dr Abdoulaye KASSAMBARA

Co directeur : Dr Bourama Robert DIARRA

Directeur : Pr Boubacar BA

Nous dédions ce travail :

- **A mon pays le Mali**
- **A mon père : Mamoudou Sonfo**

Les mots me manquent pour t'exprimer ma reconnaissance pour le sacrifice que tu as consenti pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui. Que ce travail soit le témoignage de mon indéfectible affection.

- **A ma mère : Massitan Diarra**

Vous avez été pour moi un modèle. Grace à cette qualité , vous m'avez toujours encouragé et soutenu dans mes études. Ce travail est aussi le couronnement de votre nombreux sacrifice de mère toujours à l'écoute de leurs enfants.

- **A ma fiancée : Fatimata Coulibaly**

Ta disponibilité, ton respect, ton caractère indéfectible et ton courage font de toi une vraie africaine que toutes les femmes rêvent d'avoir. Merci pour ton amour et ton soutien.

- **A mes frères et sœurs : Mama, Ibrahim, Yaya, Nana, Mouneissa, Fatoumata, Alimata**

En témoignage de l'affection qui nous a toujours unis sous le toit paternel, nous voudrions que, vous trouviez dans ce travail le fruit des efforts que vous avez consentis à mon égard. Ce travail est aussi les votre.

- **A mes tantes : Ramata Coulibaly, Sarantou Keita, Binta Tamboura**

A travers ce modeste travail, nous vous remercions pour tout ce que vous avez fait pour moi.

- **A mes oncles :**

Une liste nominative serait longue, ce travail est aussi le couronnement de vos efforts et sacrifices. Soyez assurés de notre profonde reconnaissance.

➤ **A mes cousins et cousines :**

Nous profitons de cette occasion solennelle, pour adresser mes vifs et sincères remerciements.

➤ **A mes camarades :**

A la promotion **2019-2020** de la faculté de médecine , pharmacie et d'odonto-stomatologie du Mali pour leur cordiale amitié.

A mes amis : Abdoulaye Doyon, Mamadou Sissoko, Yacouba Togola, Sekou Touré, Saye Niafo, Hamidou Kabirantao

L'expression de votre amitié m'a beaucoup touché. En témoignage à ma profonde gratitude, soyez remerciés pour tout les faits et gestes à mon égard.

➤ **A mes camarades de la 8eme promotion du numerus clausus**

➤ **A mes aînés du service de chirurgie orale et maxillo-faciale de l'hôpital de Kati**

➤ **Au personnel du service odonto-stomatologie du CSREF de la commune 3 de Bamako**

➤ **A mes cadets :**

Pour votre comportement respectueux, je souhaite à tous courage et bonne chance.

Liste des abréviations

CHU-BSS : Centre Hospitalier universitaire Bocar Sidy Sall

CHU-OS : Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie

FMOS : Faculté de Médecine et odontostomatologie

CNOS : Centre National d'odonto-stomatologie

CSCOM : Centre de santé Communautaire

CSREF : Centre de Santé de Référence

DG : Directeur Général

TDM : Tomodensinometrie

EPA : Etablissement Public à Caractère Administratif

EPH : Etablissement Public à Caractère Hospitalier

COMF : Chirurgie Orale et Maxillo-faciale

Rx : Radiographie

Ttt : Traitement

ORL : Otorhuno-laryncologie

Liste des tableaux :

Tableau I:Répartition des patients selon l'âge.	76
Tableau II:Répartition des patients selon la profession.	77
Tableau III:Répartition des patients selon la résidence.	77
Tableau IV:Répartition des patients selon le mode de recrutement.	78
Tableau V:Répartition des patients selon le motif de consultation.....	79
Tableau VI:Répartition des patients selon le délai de consultation.	79
Tableau VII:Répartition des patients selon le traitement reçu.	80
Tableau VIII:Répartition des patients selon le siège de la cellulite.....	80
Tableau IX:Répartition des patients selon la cause de la cellulite.....	81
Tableau X:Répartition des patients selon le bilan biologique.....	81
Tableau XI:Répartition des patients selon les résultats de la pyoculture.....	82
Tableau XII:Répartition des patients selon le stade de la cellulite.	82
Tableau XIII:Répartition des patients selon le type de traitement.....	83
Tableau XIV:Répartition des patients selon le type de traitement médical.....	84
Tableau XV:Répartition des patients selon la chirurgie.	84
Tableau XVI:Répartition des patients selon le type d'anesthésie.	85

Liste des figures :

Figure 1:Vue latérale squelette du crane	25
Figure 2:Vue postérieure squelette du crane	26
Figure 3:Mandibule de l'adulte, vue antéro-latérale et supérieure	27
Figure 4:Mandibule de l'adulte,vue postérieure gauche	27
Figure 5:Vue latérale muscles du cou	31
Figure 6:Vue superficielle du cou	35
Figure 7: Veines et artères facial.....	24
Figure 8:L'innervation facial	35
Figure 9:Les territoires d'innervation sensibles.....	37
Figure 10:Coupe d'une molaire de la mandibule.....	39
Figure 11:Coupe frontale de la face passant par la premiere molaire, d'apres Testut et Jaco	54
Figure 12:Cellulite séreuse.....	55
Figure 13:Cellulite suppurée	57
Figure 14:Cellulite vestibulo-génienne basse.....	48
Figure 15:Cellulite sus mylohyoïdienne.....	49
Figure 16: Répartition des patients sexe.....	75
Figure 17: Répartition des patients selon l'ethnie.....	76
Figure 18: Répartition des patients selon la nationalité.....	78
Figure 19: Répartition des patients selon le type de soin.....	83
Figure 20: Répartition des patients selon l'évolution de la maladie.....	85

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président de jury

Pr Yacaria COULIBALY

- **Professeur titulaire en chirurgie pédiatrique à la FMOS**
- **Diplômé en nutrition pédiatrique**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- **Membre de la Société Africaine des Chirurgiens Pédiatres**
- **Membre de l'Association Malienne de Pédiatrie**
- **Chevalier de l'ordre de mérite en santé**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples et importantes occupations. Votre abord facile, votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré de tous. Veuillez agréer cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

A notre maître et juge

Docteur Abdoulaye Kassambara

- **Spécialiste en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale**
- **Praticien hospitalier au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CNOS**
- **Maitre assistant à la faculté de médecine et odontostomatologie (FMOS)**

Cher Maître,

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail. Vous nous avez assisté de façon régulière, efficace et rigoureuse ; avec un enthousiasme et une disponibilité sans faille malgré vos obligations professionnelles. Nous vous remercions pour vos encouragements, votre amabilité et votre gentillesse qui méritent toute admiration.

Veillez accepter, Cher Maître, l'expression de notre grand respect.

A Notre maître et co-directeur de thèse

Dr Bourama Robert DIARRA

- **Spécialiste en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale ;**
- **Secrétaire général du syndicat des médecins du CHU de kati ;**
- **Master en droit de la santé et de l'environnement;**
- **Praticien hospitalier du CHU de Kati ;**
- **Responsable de l'unité de chirurgie orale et maxillo-faciale ;**

Cher maitre,

Vous avez toujours répondu favorablement à nos sollicitations dans le cadre du travail. Vous nous avez impressionnés par votre gentillesse, votre grande disponibilité et votre rigueur dans le travail bien fait. Comptez sur notre profonde gratitude.

A notre maître et directeur de thèse

Pr Boubacar BA

- **Maitre de conférences à la FMOS**
- **Spécialiste en chirurgie buccale et en carcinologie buccale**
- **Praticien hospitalier au CHU-CNOS**
- **Chef de service de chirurgie buccale au CHU-CNOS**
- **Membre du comité national des greffes du Mali**
- **Membre de la société française de chirurgie orale**
- **Formateur et chef de filière de l'odontostomatologie**

Cher Maître,

C'est pour nous un grand honneur et un réel plaisir de vous avoir comme directeur de ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons été marqués par votre simplicité, votre grandeur humaine et surtout votre rigueur scientifique tout au long de ce travail.

Nous ne saurons trouver ici, cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance.

Qu'Allah vous prête longue vie.

Table des matières

1. I-INTRODUCTION.....	15
INTERET	17
II-OBJECTIFS	19
1-Objectif général :.....	19
2-Objectifs spécifiques :	19
III-GENERALITES :.....	21
3) RAPPEL HISTO- EMBRYOLOGIQUE [18 ,24 ,28]	51
4) ÉTIOLOGIE [29, 30].....	51
5) PHYSIOPATHOLOGIE :	53
6. TABLEAUX CLINIQUES	54
7. DIAGNOSTIC : [21]	64
-8. TRAITEMENT : [23,24, 42,43]	64
IV-PATIENTS ET METHODES.....	69
1-Cadre et lieu de l'étude :	69
2-Type et période d'étude	71
3-Population d'étude.....	71
4-Echantillonnage.....	71
5-Critères de sélection :.....	71
5-1-Critères d'inclusion	71
5-2-Critères de non inclusion	72
5-3 Critères d'exclusion	72
7-Collecte des données	72
8-Saisie et analyse des données.....	73
9-Considération éthique et déontologique	73
10-Retombés scientifiques.....	73

V-RESULTATS	74
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	87
VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :	94
2-RECOMMANDATIONS :	95
VIII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	97
VI-ANNEXES	102

INTRODUCTION

1. I-INTRODUCTION

La cellulite est l'inflammation diffuse des tissus de soutien de l'organisme (tissu cellulaire), se rapportant généralement au tissu cellulo-adipeux sous-cutané [1]. Les cellulites péri-mandibulaires sont des infections diffusant dans les tissus cellulo-adipeux cervico-faciaux. Ce sont des affections graves qui ont une tendance extensive rapide et peuvent mettre en jeu le pronostic vital (arrêt respiratoire, médiastinite...). La guérison de l'affection ne peut être possible que par la suppression de la cause [2].

Les complications infectieuses aiguës dues à la mortification de la pulpe dentaire ou aux infections périodontales sont très fréquentes et sont à l'origine d'abcès localisés au niveau de tissus mous de la face et du cou : on les appelle les « cellulites », parce qu'ils se développent au niveau des espaces cellulo-adipeux remplissant les loges entourant la mandibule [3].

Le diagnostic positif se base sur l'examen clinique classique, en recherchant dans l'anamnèse un antécédent d'algie dentaire ou de fracture. L'examen extra-buccal se base sur l'aspect des téguments à la recherche d'une tuméfaction pour laquelle on note le siège, les limites, l'aspect, la couleur et la température.

Les observations cliniques doivent être radiologiquement étayées par une radiographie panoramique, un cliché thoracique. Les cas de diagnostic incertain doivent faire l'objet d'un examen Rx en faveur du TDM.

Les cellulites péri-mandibulaires concernent le plus souvent les jeunes adultes et la principale porte d'entrée est dentaire [4].

En France, l'incidence de cette affection était environ 1/1000 habitants par an [5].

En Afrique sub-saharienne, et précisément au Sénégal, une étude menée de Février à Juillet 2007 a retrouvé une prévalence de 1,7% dans les cinq (5) structures sanitaires du département de Mbacké [6] et ; cinquante-cinq (55) cas ont été observés sur une période de 10 ans au CHU de Cotonou (Bénin)

[7], contre (150) cas sur une période de 10 ans au service d'ORL et de Chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital militaire de Tunis [8].

Au Mali, une étude réalisée sur les cellulites cervicales extensives dans le service d'ORL du CHU-Gabriel Touré par Mme Mibindzou avait montré que la majorité des patients avaient moins de 36 ans avec un taux de 81% et à prédominance masculine [9].

Kouyaté N. dans son étude en 2006 a montré que les cellulites péri-mandibulaire représentaient les 8,24% des consultations au Centre National d'Odontostomatologie de Bamako [10].

Également, une autre étude réalisée par KAMPO. B en (2014) a montré que la fréquence des cellulites péri-mandibulaires était de 10,67% [11].

Compte tenu de la fréquence des cellulites péri-mandibulaires en consultation, de leur particularité de se compliquer très rapidement après une évolution de quelques heures et de leur risque fatal pour le patient alors que l'évolution sous traitement est spectaculaire, nous avons initié ce travail, dans le but d'apporter notre contribution dans la prise en charge de ces patients.

INTERET

L'intérêt du sujet réside dans le fait que :

- IL s'agit d'une pathologie assez fréquente qui conduit très souvent à une altération de l'état général du patient pouvant compromettre le pronostic vital ;
- C'est une pathologie méconnue par la population, qui révèle une connotation parapsychologique ;
- L'aspect tradithérapie conduit à des consultations tardives pouvant entraîner des complications graves ;
- La prise en charge peut s'avérer difficile.

OBJECTIFS

II-OBJECTIFS

1-Objectif général :

Etudier le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des cellulites péri mandibulaires au CHU-BSS de Kati.

2-Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des cellulites péri-mandibulaires au CHU-BSS.
- Décrire les caractères sociodémographiques des patients atteints des cellulites.
- Déterminer la fréquence en fonction des paramètres cliniques et thérapeutiques.
- Enumérer les facteurs de risques des cellulites péri-mandibulaires.

GENERALITES

III-GENERALITES :

1. Définition des Cellulites Péri -mandibulaires :

Il s'agit d'une infection aiguë du tissu sous cutané. Elle chemine à travers l'os ou le périoste pour atteindre le tissu cellulo-adipeux. C'est une infection d'origine bactérienne, le plus souvent à streptocoque, parfois à staphylocoque doré ou à différents germes à gram négatif, consécutive à une atteinte dentaire ou parodontale. Elle se manifeste habituellement sous la forme d'une grande zone rouge, chaude et douloureuse touchant les régions de la face, associée à une fièvre et à un malaise général [12].

2. Rappels Anatomiques :

2.1 Rappel histo-Embryologie :

· Histo-Embryologie crânio-faciale [13]

Le développement du massif cranio-facial commence à la fin de la troisième semaine de la vie intra-utérine. Le développement facial est organisé autour de la bouche primitive (stomadeum). Au début de la quatrième semaine, l'extrémité céphalique d'embryon est grossièrement arrondie. Peu à peu, se développent des renflements (bourgeons faciaux) qui s'organisent autour d'une dépression provisoirement obturée par la membrane pharyngienne.

C'est l'arc pharyngien (arc mandibulaire) qui donne à sa partie supérieure les deux bourgeons du maxillaire et dans sa partie centrale, les deux bourgeons mandibulaires

Les bourgeons faciaux sont constitués de tissu mésenchymateux (au sein duquel se développent les structures cartilagineuse, musculaire et osseuses et d'un revêtement épiblastique). C'est un tissu conjonctif lâche comportant des fibres élastiques et collagènes disposés en faisceaux, des cellules libres et d'un tissu adipeux cloisonnés.

Vers la cinquième semaine on distingue :

- le bourgeon fronto-nasal
- les deux bourgeons maxillaires

- les deux bourgeons mandibulaires

Ces bourgeons se modifient en forme et en volume et s'organisent autour du stomadeum. Ils tentent à se fusionner par soudure. Les malformations peuvent survenir à cette phase.

Le cloisonnement de la bouche primitive se fait par la fusion sur le plan médianes bourgeons nasaux et maxillaire, qui vont former à la partie antérieure du stomadeum le palais primitif vers la septième semaine. En même temps se développe une lame médiane (cloison nasale) et deux lames latérales (processus palatins) qui fusionnent pour donner le palais secondaire après abaissement de la langue entre la septième et dixième semaine.

- **Histo-embryologie dentaire** [14,15]

Les organes dentaires issus de la cellule de la crête neurale se différencient dès la septième semaine et tous les germes sont présents à la dixième semaine.

Vers le deuxième mois, des épaisissements se forment au niveau du revêtement épithélial du stomadeum. Au niveau de cette zone apparaît une invagination en forme de fer de cheval le long des maxillaires. La lame dentaire ainsi formée va donner de place en place des petits renflements médiaux qui vont devenir les bourgeons dentaires.

Chaque bourgeon va ensuite évoluer et passer par différents stades : cupule puis cloche dentaire.

Le germe dentaire au stade de bourgeon est composé de trois grands ensembles :

-**L'organe de L'email** dérive de l'épiblastestomadeal, limité à sa périphérie par la membrane basale

-**La papille primitive** : dérive d'ectomesenchymateuse

-**Le follicule fibreux** : formation mésenchymateuse périphérique

Au terme d'odontogenèse :

-Les ameloblastes sécréteurs d'email sont différenciés

-Les cellules périphériques de la papille primitive, au contact de la membrane basale vont se différencier en odontoblastes sécréteurs de la dentine.

-Le reste de la papille va donner la pulpe qui se retrouve emprisonnée dans la dentine.

2.2 Ostéologie :

-Squelette Maxillo-facial :[16]

Le massif maxillo-facial se compose d'un ensemble d'os et de cavités :

Le squelette du crâne :

Il est composé d'une boîte ovoïde à grande extrémité postérieure portant dans sa partie antéro-inférieure un massif osseux comprenant plusieurs cavités appelées sinus.

- Les os du crâne :

La boîte crânienne renferme l'encéphale, un isthme, la partie supérieure du bulbe rachidien ainsi qu'une partie du trajet des (12) nerfs crâniens qui en sont issus. Cette boîte crânienne est composée de quatre os impairs :

- + Le frontal,
- + L'ethmoïde,
- + Le sphénoïde,
- + L'occipital.

Les deux (2) os pairs :

- + Le pariétal,
- + Le temporal.

-Les os de la Face :

La face est surtout dominée par l'importance des os maxillaires ce qui lui vaut la domination maxillo-faciale.

Elle est constituée par la partie antérieure de la tête qui se trouve limitée par les cheveux, les oreilles et les dessous du menton.

Elle comprend 3 étages :

- ✓ frontale (étage supérieur)
- ✓ maxillaire (étage moyen)
- ✓ mandibulaire (étage inférieur)

La limite postérieure passe par le plan frontal bistragien. Cette architecture repose sur l'innervation sensitive du trijumeau (V) et motrice du VII (nerf facial). La vascularisation est assurée par la carotide externe, le maxillaire interne et l'artère faciale.

Les os des maxillaires diffèrent des autres par la présence des os alvéolaires, des dents et de la fibromuqueuse gingivale.

-Le massif facial :

Le squelette du visage moyen se compose de 14 os dont 6 pairs et symétriquement opposés

- ✓ Les maxillaires ;
- ✓ Les palatins ;
- ✓ Les malaies ;
- ✓ Les nasaux ;
- ✓ Les cornets ;
- ✓ Les unguis ;

Les deux impairs

- ✓ Le maxillaire inférieur
- ✓ Le vomer

Le Maxillaire supérieur :

Le maxillaire se compose :

- d'une face antéro externe jugale dite chirurgicale ;
- d'une face postérieure divisée par la tubérosité ;
- d'une face orbitaire contenant le nerf sous-orbitaire ;
- d'une face interne divisée en un étage supérieur et inférieur.

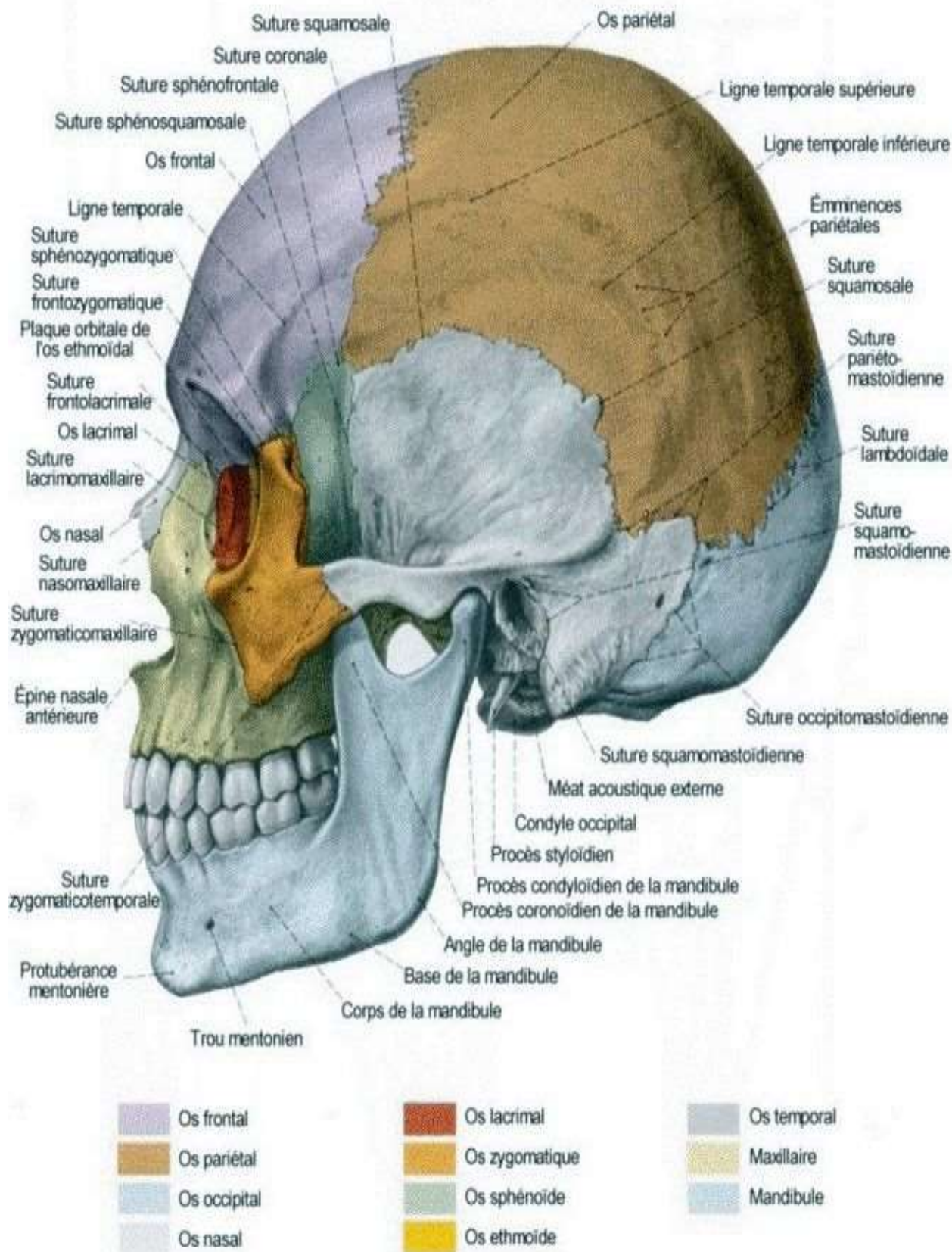


Figure 1: Vue latérale squelette du crâne [16]

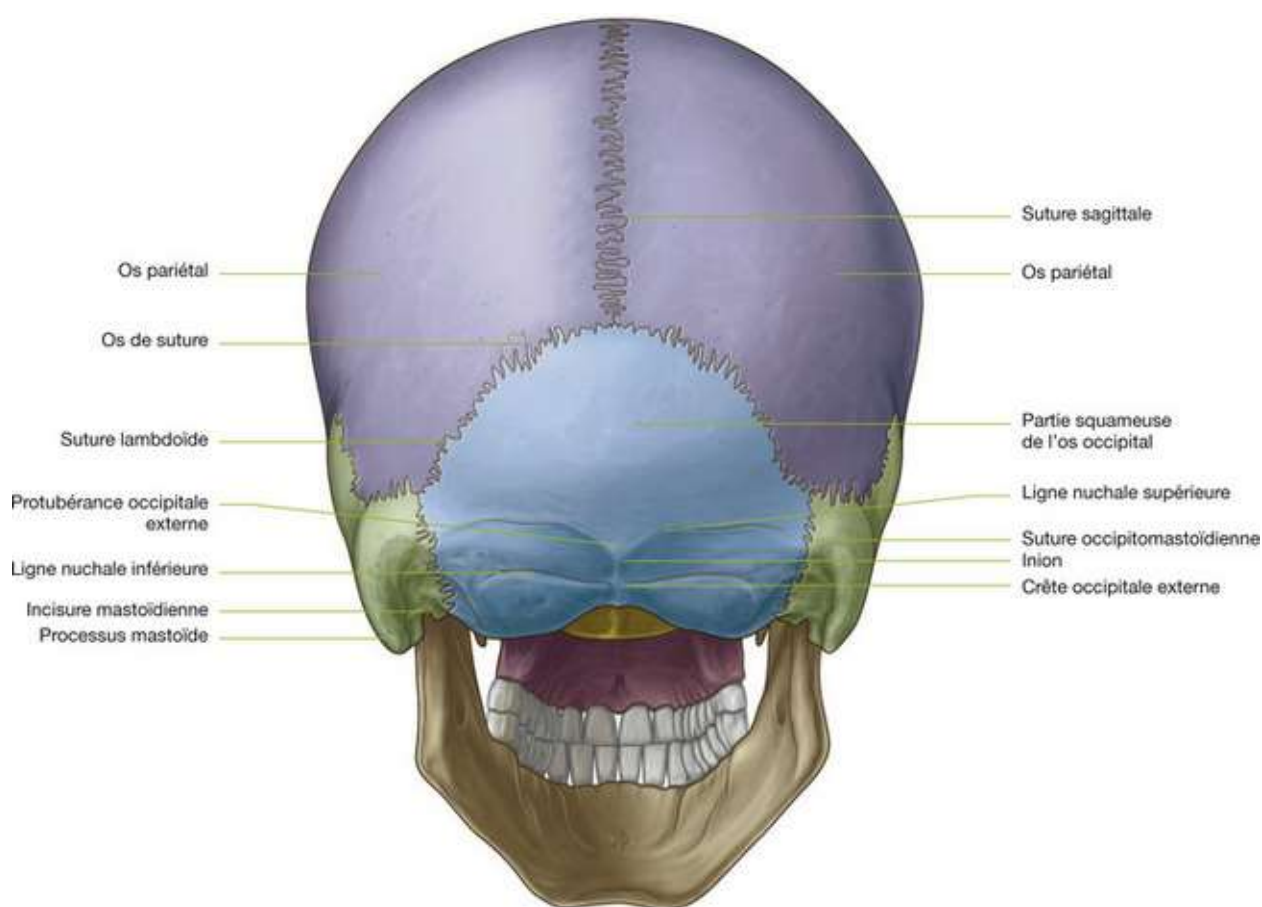


Figure 2: Vue postérieure squelette du crâne [16]

➤ **Le Malaire :**

C'est la pommette qui est unie à l'apophyse pyramidale du maxillaire.

➤ **La Mandibule :**

C'est un os impair médian et se compose d'une partie antérieure appelée symphyse et 2 parties horizontales appelées corpus mandibulaire relié dans la partie postérieure à deux (2) branches ascendantes terminées l'une postérieurement par le condyle mandibulaire et l'autre antérieurement par le coroné. Le canal dentaire décrit une courbe à concavité supérieure dans la branche horizontale et le point le plus profond de cette concavité se situe au niveau de la première molaire inférieure.

La mandibule est l'os mobile de la boîte crânienne

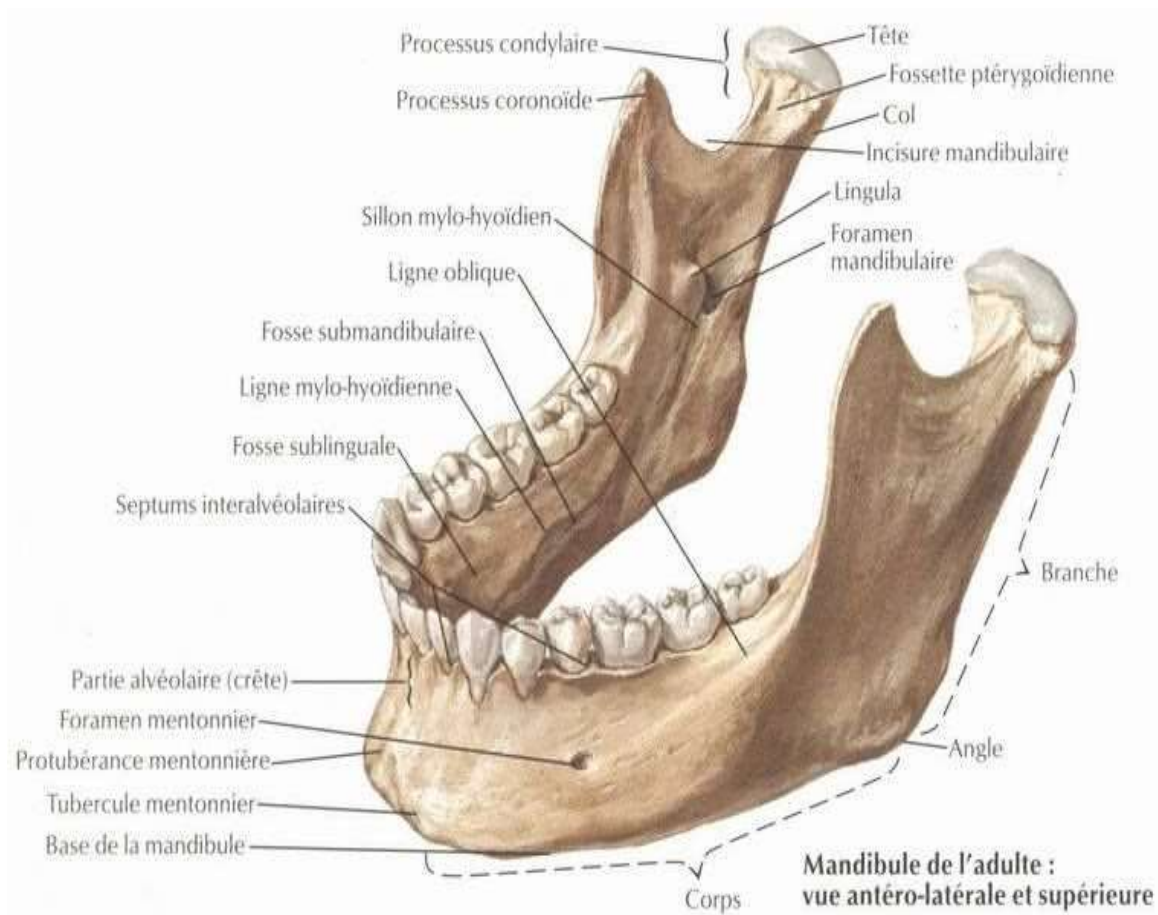


Figure 3: Mandibule de l'adulte, vue antéro-latérale et supérieure [16]

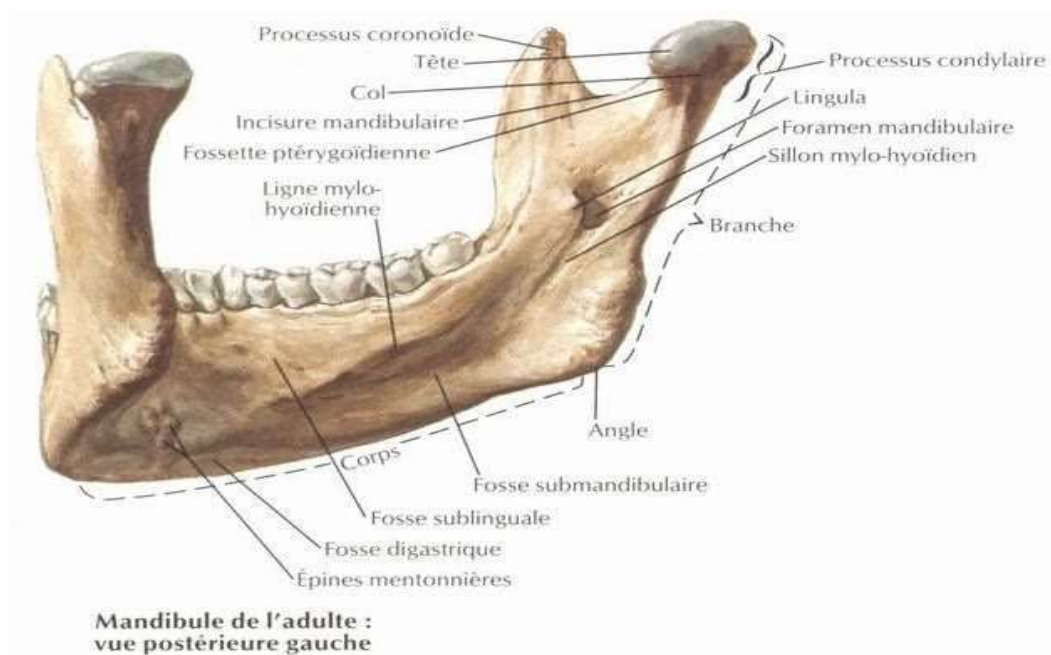


Figure 4: Mandibule de l'adulte, vue postérieure gauche [16]

2.2. Myologie:

Les muscles maxillo-faciaux sont des organes qui nous permettent d'effectuer des mouvements au cours de la mastication. On peut les regrouper selon leur fonction, la région et les organes auxquels ils appartiennent.

- **Les muscles releveurs de la Mandibule**

- Le masséter
- Le temporal
- Le ptérygoïdien (externe et interne)

- **Les muscles abaisseurs du maxillaire inférieur**

Ce sont les muscles sus hyoïdiens, il s'agit du muscle :

- digastrique
- mylo hyoïdien
- stylo hyoïdien
- genio hyoïdien.

- **Les muscles peauciers :**

Ces muscles se classifient en groupes et commandent l'expression du regard.

Ces muscles ont en commun quatre (4) caractères :

- + Ce sont des bandelettes musculaires aplaties,
- + Ils ont une insertion tégumentaire,
- + Ils sont fixés autour des orifices et sont de ce fait dilatateurs ou constricteurs,
- + Ils sont tous innervés par le nerf facial.

- **Les muscles péribuccaux :**

Ils constituent la charpente des lèvres et des joues.

Ils permettent d'ouvrir ou de fermer l'orifice (dilatateur et constricteur).

Les muscles dilatateurs convergents vers les commissures labiales, ils sont disposés en deux plans :

- **Plan superficiel des dilatateurs**

Qui se compose :

- du grand zygomatique

- du petit zygomatique
- du muscle triangulaire
- du risorius

- **Plan profond des dilatateurs :**

Qui comprend :

- Les muscles releveurs profonds de la lèvre et de l'aile du nez.
- Le muscle canin
- Le muscle buccinateur
- Le muscle du menton
- La houppe du menton

- **Les muscles constricteurs :**

Dans cette catégorie se classent :

- le platysma ou l'aponévrose du cou
- l'orbiculaire des lèvres

- **Les muscles du nez :**

Ils sont au nombre de quatre (4) :

- le muscle pyramidal
- le muscle dilatateur de la narine
- le muscle transverse
- le muscle myrtiforme

- **Les muscles périorbitaires :**

- les muscles sourciliers
- les muscles orbiculaires des paupières
- le muscle occipito frontal

- **Les muscles péri-auriculaires :**

- le muscle péri-auriculaire supérieur
- le muscle péri-auriculaire inférieur
- le muscle péri-auriculaire postérieur

- **Les muscles peauciers de la mimique :**

L'interrogation électrique (excitation) des muscles peauciers permet au nerf non seulement la perception et la compréhension de la mimique mais aussi celui du langage des passions et des sentiments.

Il existe actuellement quatre (4) types principaux de mimiques :

- **Mimique de la joie :**

Elle met en action cinq (5) muscles peauciers :

- les faisceaux divergents de l'orbiculaire des paupières
- le dilatateur des narines
- le grand zygomatique
- l'orbiculaire des lèvres
- le risorius.

- **Mimique de la tristesse :**

Elle met en action huit (8) muscles :

- le sourcilier
- l'orbiculaire des paupières par ces faisceaux divergents
- le muscle canin
- le petit zygomatique
- l'orbiculaire des lèvres
- le carré du menton
- la houppe du menton
- le muscle triangulaire.

- **Mimique de l'attention :**

Elle met en action six (6) muscles :

- le muscle occipito frontal
- le muscle sourcilier
- l'orbiculaire des paupières
- le grand zygomatique
- le muscle myrtiliforme
- l'orbiculaire des lèvres.

- **Mimique de l'émotion : met en action quatre muscles :**

- Le pyramidal
- Le sourcilier
- Le dilatateur de l'aile du nez
- Le masséter.

- **Muscle sternocléidomastoïdien**

C'est l'un des muscles les plus importants du cou (région antéro-latérale). Il est entouré d'une gaine fibreuse formée par l'aponévrose cervicale superficielle. Il est large et puissant et se tend obliquement du sternum à la clavicule et à l'occipital et la mastoïde en haut. Il recouvre et protège les vaisseaux du cou dont il constitue un repère anatomique.

Il comprend deux (2) plans :

L'un superficiel et l'autre profond.

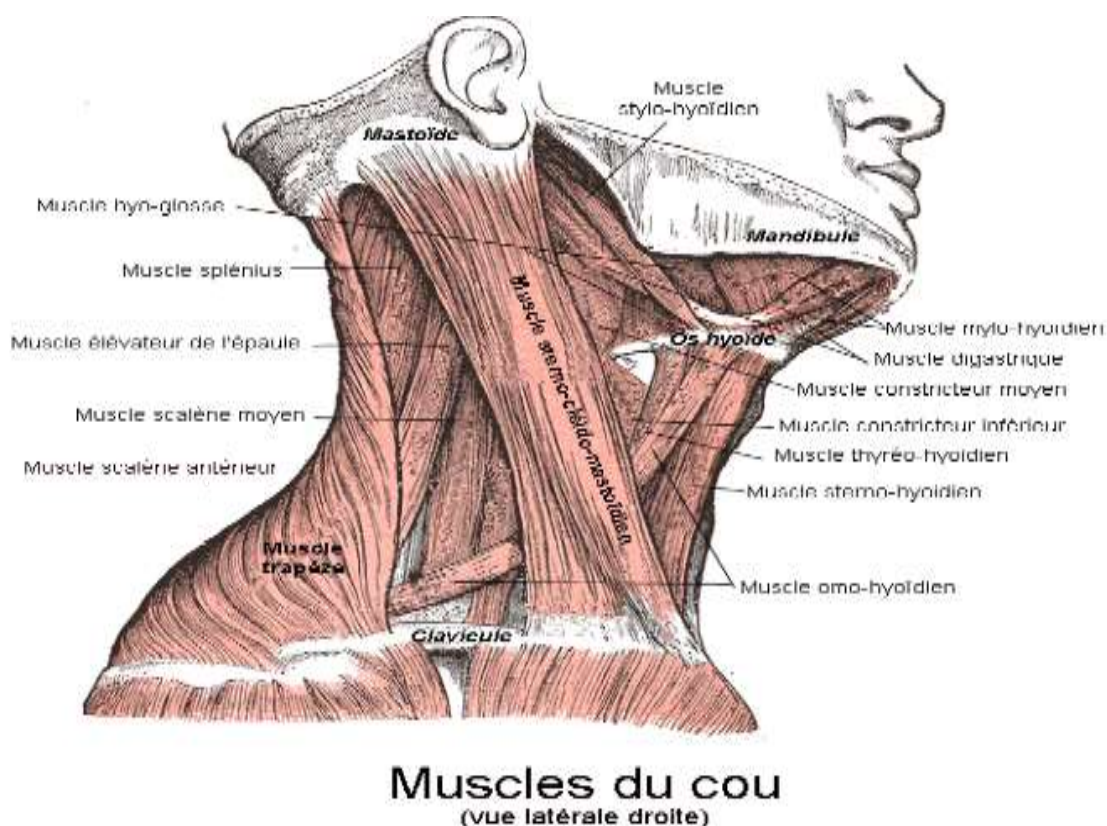


Figure 5: Vue latérale musclics du cou [16]

2.3. Vascularisation :

❖ **Système artériel maxillo-facial** [14]

Les artères de la tête et du cou prennent naissance dans la poitrine à partir de la crosse de l'aorte.

Les artères se composent de :

- Carotide primitive
- Sous-clavière et leurs ramifications

Au niveau du côté droit, la carotide primitive prend naissance à partir du tronc brachio-céphalique ; tandis qu'à gauche, elle sort directement ainsi que la sous-clavière à partir de la crosse de l'aorte.

• **Carotide primitive :**

A sa sortie à partir de la crosse aortique au côté gauche du cou se divise en deux branches :

- Carotide externe
- Carotide interne

• **Carotide externe :**

A partir du bas elle donnera naissance à l'artère thyroïdienne inférieure, à l'artère faciale, à l'artère linguale, à l'artère pharyngée ascendante, la maxillaire interne et à la temporale superficielle avec une ramification frontale, pariétale et occipitale. L'artère faciale quant à elle donnera l'artère labiale supérieure et inférieure, l'artère nasale, l'artère angulaire qui va donner l'artère ophtalmique supérieure et inférieure.

• **Carotide interne :**

Elle forme l'artère communicante postérieure vers le bas le tronc artériel-cérébral postérieur vers le haut, l'artère cérébrale moyenne, l'artère communicante antérieure et les 2 artères cérébrales antérieures :

• **Sous Clavière :**

Les deux sous-clavières donnent les artères basilaires qui vont donner le tronc artériel basilaire.

Les artères sous-clavières ont en général deux destinations, l'une vers le haut l'autre vers le bas. En ce qui concerne ces ramifications vers le bas on retiendra l'artère vertébrale, les branches cervicales transverses ascendantes et superficielles.

❖ **Système veineux maxillo-facial. [14]**

Les veines de la face et du cou constituent dans leur ensemble un système appelé : le système jugulaire.

On distingue : la jugulaire interne, antérieure, externe et postérieure.

-Jugulaire interne

C'est une veine qui draine à elle seule la grande partie du sang des parois et des organes de l'endocrâne. La veinosité endocrânienne se forme à partir des veines superficielles et profondes de l'encéphale. Exemple : La veine de GALIEN, les veines basilaires cérébelleuses et les veines méningées, elles se jettent toutes dans les sinus crâniens. Les sinus crâniens sont des troncs veineux qui circulent dans un dédoublement de la dure-mère (méninge la plus externe du cerveau). Certains de ses sinus circulent le long des parois osseuses tout en formant des gouttières, d'autres dans les prolongements dure-mère tel que la faux du cerveau, la faux du cervelet. Ces sinus se drainent à travers deux (2) confluent, l'un à la base du cerveau appelé : sinus caverneux et l'autre au niveau de la voûte crânienne pressoir d'HÉROPHILE [14, 15].

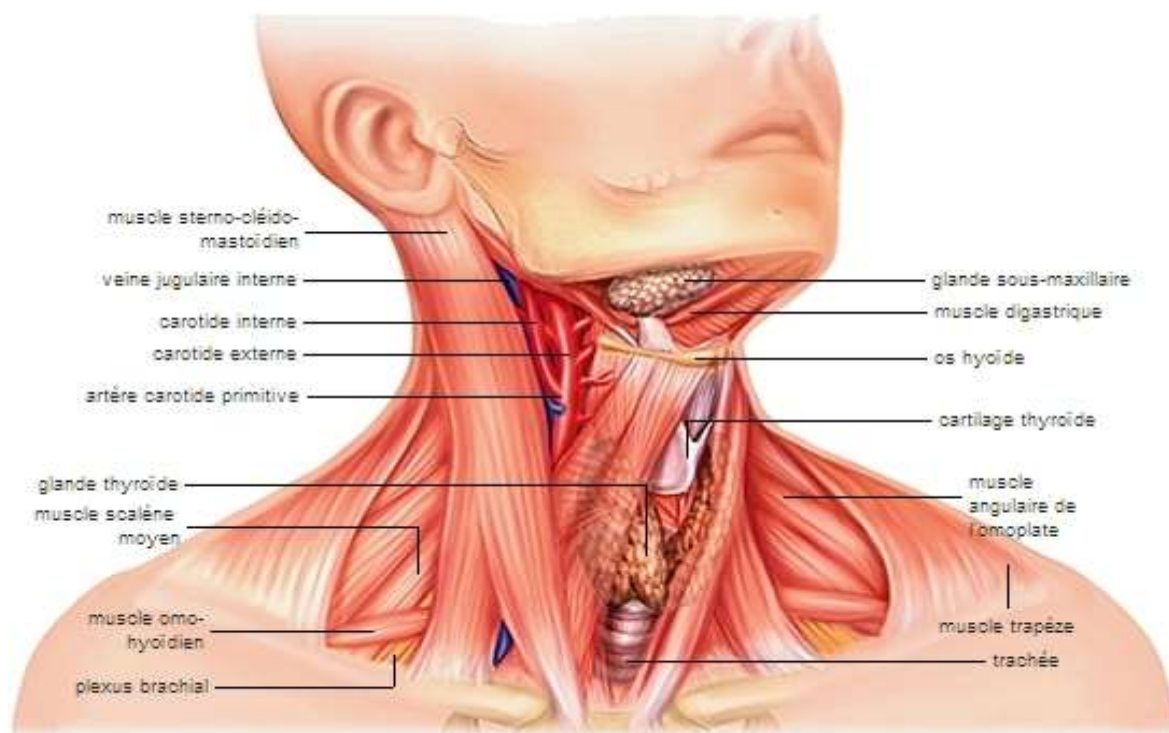


Figure 6 : vue superficielle du cou [16]

-Jugulaire externe :

Provient de la veine maxillaire interne, de la temporale superficielle et de la parotidienne. Elle s'étend de la région parotidienne à la sous-clavière. En quittant la parotide, elle devient superficielle tout en traversant en diagonale le muscle sternocléidomastoïdien pour aboutir au niveau de son insertion dans la veine sous-clavière.

-Jugulaire antérieure :

Appelée veine médiane du cou, elle provient des veinules superficielles de la région sous mentale et celle de la fourchette sternale où elle se coude en angle droit tout en sortant en dehors pour aboutir à la zone sous-clavière.

Elle est superficielle au début, pour devenir sous aponévrotique tout en s'unissant avec la jugulaire antérieure de l'autre côté pour former une anastomose en forme d'échelle.

-Jugulaire Postérieure :

C'est la grande veine de la nuque prenant naissance à la région sous occipitale pour aboutir à la sous-clavière. Elle forme de l'anastomose avec la veine vertébrale qui provient de l'artère homonyme.

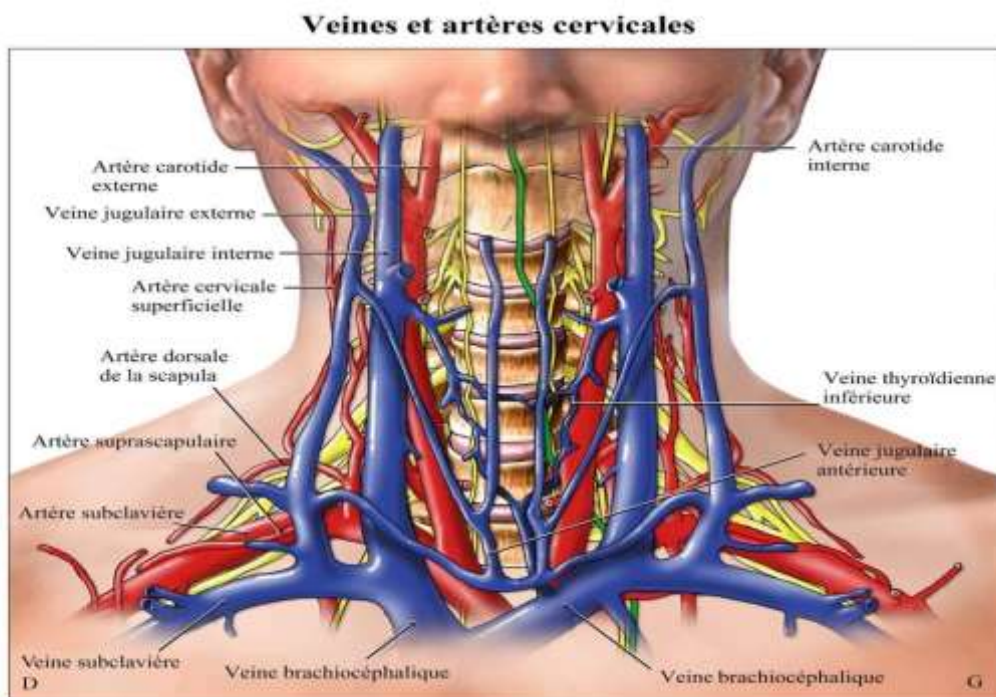


Figure 6:Vue superficielle du cou [16]

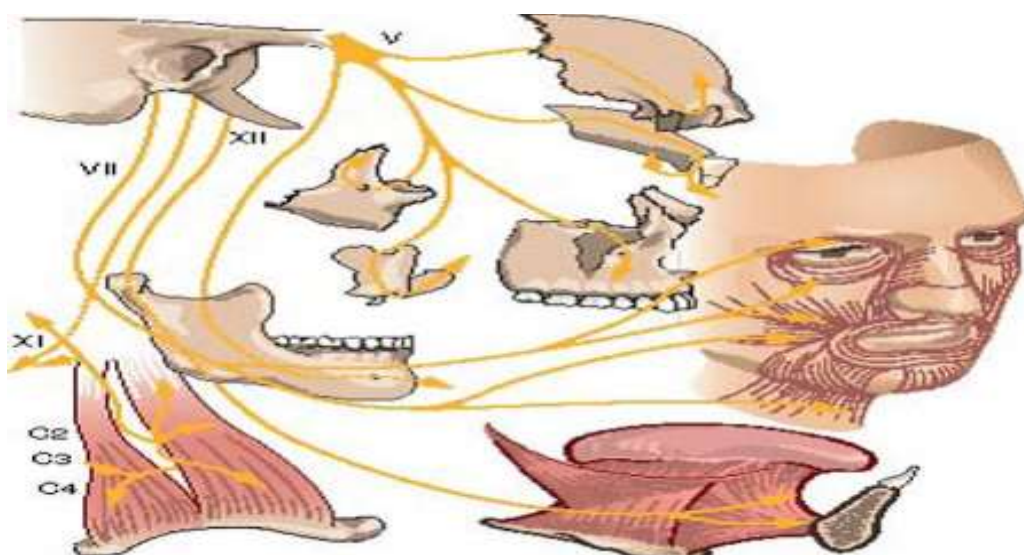


Figure 7:L'innervation faciale [15]

2.4. Innervation crânio-maxillo-faciale [17]

L'Innervation cranio-maxillo faciale s'effectue à travers douze (12) nerfs :

1. Nerf olfactif
2. nerf optique
3. nerf oculomoteur commun
4. nerf pathétique
5. nerf trijumeau
6. nerf oculomoteur externe
- 7.nerf facial
8. chochléovestibulaire
9. nerf glossopharyngien
10. nerf vague
11. nerf spinal
12. nerf hypoglosse

Parmi ces nerfs on peut distinguer ceux qui sont sensés d'être :

***des nerfs sensitifs purs :**

- le nerf olfactif
- le nerf optique et
- le chochléovestibulaire

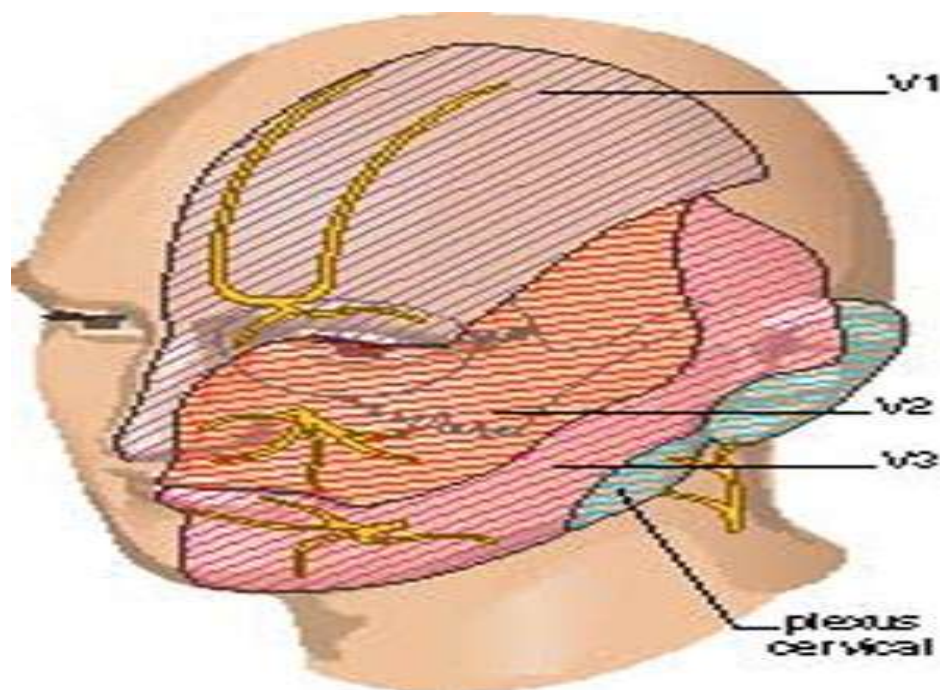


Figure 9:Les territoires d'innervations sensibles [15]

***nerfs moteurs**

- l'oculomoteur commun
- le nerf pathétique
- le nerf oculomoteur externe
- le nerf facial
- le nerf spinal
- le grand hypoglosse

***des nerfs mixtes**

- le trijumeau
- le nerf glosso-pharyngé
- le nerf vague ou pneumogastrique

2.5 Anatomie de la denture [12,13]

- Description de la dent : [14,15, 18]

C'est l'organe le plus dur de l'organisme. Il résiste longtemps au feu et sert ainsi à l'identification en médecine légale.

Son corps est principalement composé de dentine. Ce tissu est minéralisé à 80%(contre 70% pour l'os) par l'hydroxyapatite. Les 20% restant constituent la trame organique, composée essentiellement de collagène. La dentine est perforée de micro-tubes ou tubulis dentinaires. Ceux-ci contiennent les prolongements des cellules dentaires, les odontoblastes. Ces cellules tapissent la périphérie de la cavité pulpaire. Elles synthétisent la dentine tout au long de la vie, de manière centripète, et à un rythme très lent. Le tissu pulpaire assure l'innervation et leur vascularisation en provenance des racines dentaires. Les odontoblastes synthétisent en réponse à l'agression carieuse une dentine réactionnelle.

La couronne est recouverte d'émail, tissu minéralisé à plus de 97%. Il est moins épais sur les dents temporaires. La racine est recouverte de cément, où s'enracinent les fibres collagéniques et élastiques du ligament alvéolo-dentaire ou desmodonte. Ce ligament constitue avec l'os une véritable articulation et renferme des cellules de régénération osseuse, ligamentaire cémentaire. Il est richement innervé par des récepteurs mécaniques, propriocepteurs, qui renseignent le système nerveux central sur la position exacte des dents et la pression exercée par les muscles masticateurs.

La dent est implantée dans l'os alvéolaire par une à trois racines. Les racines dentaires se terminent par un apex dont l'ouverture de moins de 1 mm permet la vascularisation et l'innervation de la dent (par le nerf mandibulaire).

Les dents sont portées par le maxillaire (mâchoire supérieure) et la mandibule (mâchoire inférieure).

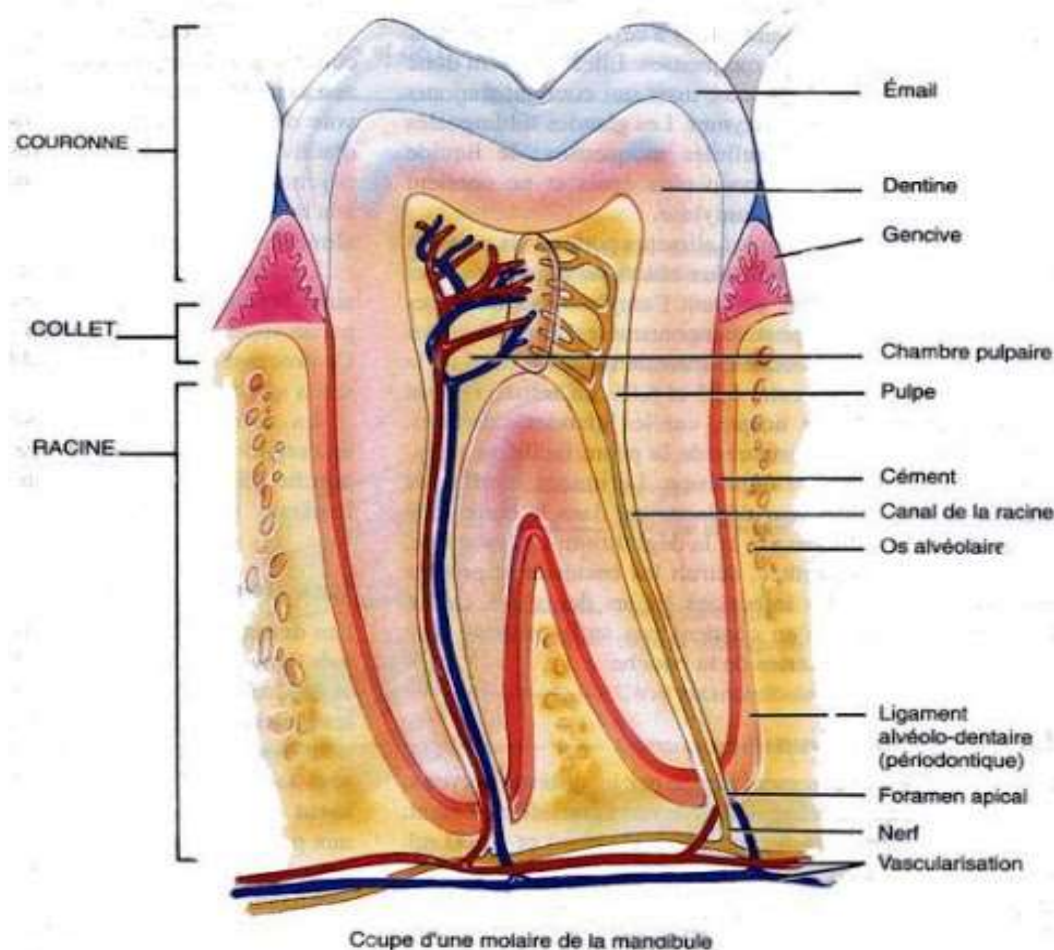


Figure10:Coupe d'une molaire de la mandibule [18]

- Dents et leurs rapports avec les éléments de voisinage [19, 20,21]

Il faut considérer les rapports des dents surtout les apex avec :

- les tables osseuses ;
- la fibromuqueuse gingivale ;
- les loges celluluses voisines.

_ Rapports avec les tables osseuses :

· Au maxillaire :

- l'apex de l'incisive latérale, les apex palatins de la première prémolaire et des molaires sont situés plus près de la table interne que de la table externe. Tous les autres apex sont situés plus près de la table externe que de la table interne.

- **A la mandibule :**

- les apex des incisives, de la canine et de la première prémolaire sont situés à proximité immédiate de la table externe.
- les apex de la deuxième prémolaire et de la première molaire sont sensiblement médians par rapport aux deux tables osseuses.
- les apex des deux dernières molaires sont situés à proximité immédiate de la table interne.

- **Rapports avec la fibromuqueuse gingivale :** [21]

- La Fibromuqueuse gingivale (ou gencive « attachée ») dont le bord libre festonné sertit les dents, est directement au contact de l'os alvéolaire.
- En l'absence de tissu cellulo-adipeux, il n'y a pas de cellulites à proprement parler, l'infection d'origine dentaire réalise un petit abcès appelé « parulie » qui soulève la fibromuqueuse. Sur le palais, la fibromuqueuse se continue par une fibromuqueuse qui est également adhérente à l'os. Comme précédemment, l'infection d'origine dentaire entraîne un abcès « sous-périosté »
- Par ailleurs, la fibromuqueuse se continue par son élément profond avec le périoste recouvrant le maxillaire et la mandibule, et par son élément superficiel par la muqueuse vestibulaire. Entre les deux éléments se trouve du tissu cellulaire.

Les dents sont des organes qui peuvent être classés par catégories ou groupes.

Chaque dent est constituée de deux parties essentielles :

- Une visible au niveau de la gencive appelée couronne dentaire
- Une autre non visible plus longue enfoncée dans l'alvéole qu'on appelle racine, tandis qu'entre la couronne et la racine il existe une zone rétrécie appelée collet.

- **La nomenclature dentaire :**

Dans la nomenclature dentaire classique le visage est divisé en quatre cadrans :

- Le cadran supérieur droit (1)
- Le cadran supérieur gauche (2)

- Le cadran inférieur gauche (3)
- Le cadran inférieur droit (4)

- **Dents permanentes**

La denture permanente se trouve divisée en quatre cadrans notés de 1 à 4 à partir du cadran supérieur droit et dans le sens de l'aiguille d'une montre. Pour effectuer la nomenclature au niveau des dents permanentes, on prend le numéro du cadran concerné suivi du numéro de la dent concernée.

- **Nomenclature de la denture lactéale**

La denture de lait se trouve elle aussi divisée en quatre (4) cadrans de 5-8 en débutant par le cadran supérieur droit.

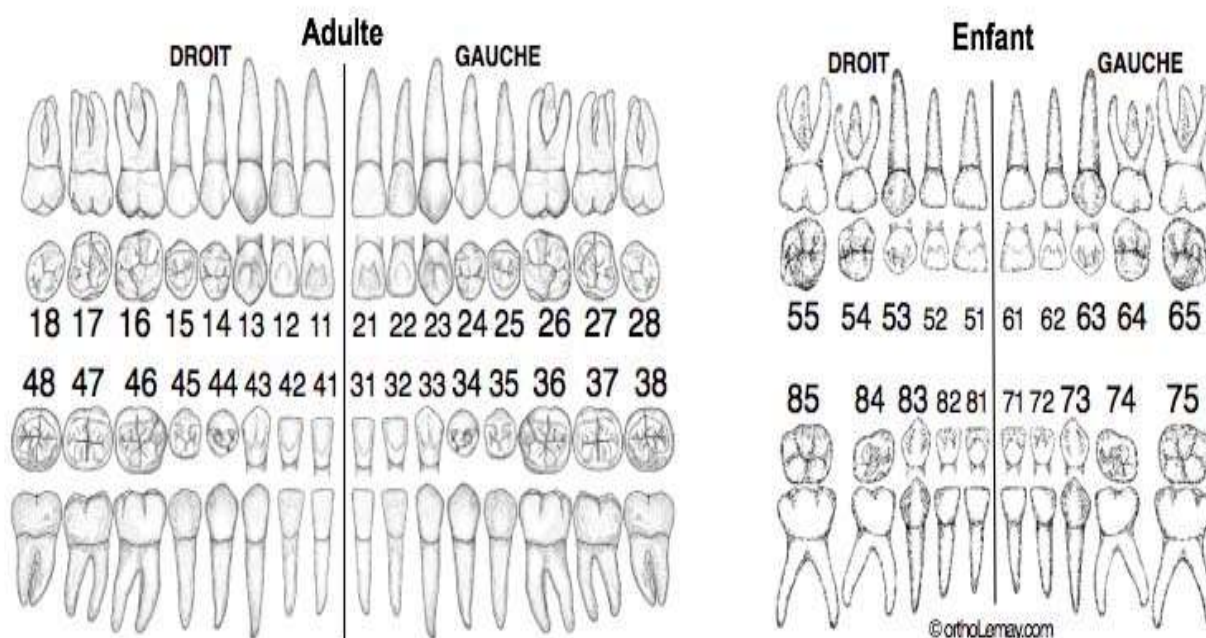


Figure 11 :nomenclature des dents [16]

2.6-Données anatomiques des loges maxillo-faciales

Nous étudierons successivement :

- les loges cellulaires de la face susceptibles d'être infectées ;
- les dents quant à leurs rapports avec les éléments de voisinage.

- **Régions et loges celluluses de la face :**

On décrit à la face diverses régions. Toutes ces régions communiquent largement entre elles et contiennent des degrés divers du tissu cellulo-adipeux.

- **Région labiale :**

Les lèvres sont deux replis musculo-membraneux mobiles qui forment la paroi antérieure de la cavité buccale et circonscrivent l'orifice buccal.

Limites

- en haut : la base du nez ;
- en bas : le sillon labio-mentonnier ;
- latéralement : en haut, le sillon labio-génien, en bas la verticale abaissée Del 'extrémité inférieure de ce sillon, extrémité située sensiblement à un centimètre de la commissure labiale.

. Constitution :

De la superficie à la profondeur on distingue :

- La peau qui est épaisse et très adhérente aux muscles sous-jacents (il y a un peu de tissu cellulaire sous-cutané) ;
- Un plan musculaire ;
- Un peu de tissu cellulaire lâche, contenant les glandes salivaires labiales
- La muqueuse dont la surface est mamelonnée par les glandes.

- **Région mentonnière :**

Elle constitue la saillie du menton

Limites

- En haut : le sillon labio-mentonnier.
- En bas : le bord basilaire de la mandibule.
- latéralement : la verticale abaissée de l'extrémité inférieure du pli labio-génien.

Constitution :

De la superficie à la profondeur on distingue :

- La peau qui est épaisse ;
- Une couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, peu développée, et traversée par des fibres musculaires qui vont à la peau ;
- plan musculaire ;
- le plan squelettique de la mandibule.

- **Région génienne**

Elle constitue la partie antérieure de la joue

Limité par :

- En haut : le bord inférieur de l'orbite
- En bas : le bord basilaire de la mandibule.
- En arrière : le bord antérieur du masséter.
- En avant et de haut en bas : le sillon naso-génien, le sillon labio-génien et la verticale abaissée de l'extrémité inférieure de ce dernier sillon.

. Constitution:

- la peau qui est assez épaisse et mobile ;
- du tissu celluleux ;
- deux plans musculaires entre lesquels se trouvent notamment la boule graisseuse de Bichat et les vaisseaux faciaux ;
- le plan profond est osseux. Il est formé par :
 - en haut : la face externe du malaire et la face antérieure de l'apophyse pyramidale du maxillaire ;
 - en bas : la face externe de la branche horizontale de la mandibule ;
 - au milieu : la muqueuse buccale qui tapisse la face profonde du buccinateur et lui est adhérente par du tissu conjonctif dense. Elle se réfléchit ensuite sur les rebords alvéolaires en formant les gouttières vestibulaires supérieure et inférieure.

- **Région massétérine**

Elle constitue la partie postérieure de la joue

Limité par :

- En haut : l'arcade zygomatique.
- En avant : le bord antérieur du masséter.
- En bas : le bord basilaire dans sa moitié postérieure.
- En arrière le bord postérieur de la branche montante.

Constitution :

Le plan profond qui est représenté par la branche montante de la mandibule de la superficie à la profondeur on distingue :

- la peau qui est fine et mobile ;
- un pannicule adipeux avec un *fascia superficialis* ;
- du tissu cellulaire sous cutané avec notamment le prolongement de la parotide, les rameaux du nerf facial et le canal de Sténon ;
- l'aponévrose masseterine et le masséter ;

- **Région pharyngo – mandibulaire :**

. Limité par :

- En dehors : la branche montante de la mandibule.
- En arrière : la région parotidienne.
- En avant et de haut en bas : la tubérosité maxillaire et ligament ptérygo-mandibulaire, avec les insertions attenantes au constricteur supérieur du pharynx en arrière et du buccinateur en avant.
- En haut : la grande aile du sphénoïde en dedans, le trou zygomatique avec le temporal en dehors.
- En dedans : on trouve d'une part en haut : l'aile médiale du ptérygoïde et le constricteur du pharynx au niveau du rhinopharynx, d'autre part en bas le même constricteur supérieur du pharynx au niveau de l'oropharynx.

Constitution :

On distingue deux loges :

- la loge interne contenant le ptérygoïdien interne et l'espace para-amygdalien, lequel communique en bas avec la région sous-mandibulaire ;
- la loge externe contenant le ptérygoïdien externe, les vaisseaux maxillaires internes, le nerf maxillaire inférieur et un prolongement de la boule graisseuse de Bichat.

Elle communique avec les régions génienne, masseterine et temporale.

- **Région parotidienne.**

. Limité par :

- En avant : le bord postérieur de la branche montante de la mandibule.
- En arrière : l'apophyse mastoïde et le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.
- En dedans : l'apophyse styloïde avec les muscles et ligaments styliens.
- En dehors : c'est la paroi d'exploration clinique.

Constitution :

De la superficie à la profondeur on distingue :

- la peau
- le pannicule adipeux et le *fascia superficialis* ;
- le tissu cellulaire et l'aponévrose cervicale superficielle ;
- la loge parotidienne avec la parotide, le nerf facial et ses branches, l'artère carotide externe et ses branches, les veines parotidiennes.

Il faut noter que la glande parotide déborde nettement la « région » parotidienne décrite ci-dessus dans une perspective sémiologique.

- **Région palatine :**

Limité par :

- En avant et latéralement : l'arcade dentaire supérieure.
- En arrière : le bord libre du voile du palais.

Constitution :

- En avant : l'apophyse palatine des maxillaires recouverte d'une fibromuqueuse (il n'y a pas de tissu cellulo-adipeux à cet endroit).
- En arrière : le voile du palais qui est constitué d'avant en arrière de divers éléments :
 - +la muqueuse buccale,
 - +un plan musculaire,
 - +une couche de tissu cellulaire,
 - +la muqueuse nasale.

- **Plancher buccal :**

Il est représenté par l'ensemble des parties molles qui ferment en bas la cavité buccale.

Limité par:

- En avant et latéralement : le corps de la mandibule.
- En arrière : l'os hyoïde.

Constitution :

Il est divisé par les muscles mylohyoïdiens :

- en étage sus-mylohyoïdien qui comprend au milieu la région linguale, et latéralement les régions sublinguales ;
- en étage sous mylohyoïdien qui comprend au milieu la région sus hyoïdienne médiane (ou région sous mentale), et latéralement les régions sus hyoïdiennes latérales (ou région sous-mandibulaires).

- **Région linguale comprend :**

- l'espace médio-lingual entre les muscles génioglosses : c'est le nœud cellulaire de la langue et du plancher buccal ;
- l'espace infra-lingual entre génioglosses et géniohyoïdiens, ne comportant que très peu de tissu cellulo-adipeux.

- **La région sublinguale :**

Elle contient la glande sublinguale et du tissu cellule-adipeux. Elle communique avec le côté opposé et la région sous- maxillaire.

- **La région sus hyoïdienne :**

De la superficie à la profondeur elle est constituée par :

- la peau
- un pannicule adipeux,
- le peaucier du cou
- du tissu cellulaire en continuité avec celui de la face et du cou ;
- le digastrique en avant et la glande sous-maxillaire en arrière.

- **Commissure inter-maxillo-mandibulaire :**

Région charnière, c'est aussi une région carrefour entre diverses loges cellulo-adipeux.

Limité par :

- En arrière : la gouttière du bord antérieur de la branche montante entre ses deux lèvres, externe et interne et, plus en dedans, le ptérygoïdien interne.
- En dehors : la lèvre externe du bord antérieur de la branche montante (dont le relief est facilement appréciable à la palpation, et qui se continue en haut avec le bord antérieur du coroné et en bas avec la ligne oblique externe du corps mandibulaire).
- En dedans : le relief formé par le ligament ptérygomandibulaire.
- En haut : la crête maxillaire et la dent de sagesse supérieure.
- En bas : la crête mandibulaire avec la dent de sagesse inférieure.

Constitution :

D'avant en arrière on distingue :

- la muqueuse mobile en dehors des crêtes osseuses ;
- une couche de tissu cellulaire qui est en continuité avec celui des diverses régions voisines :
 - + En avant et en dedans : les régions sublinguales et sous-maxillaire ;
 - + En dehors : la joue avec les gouttières vestibulaires supérieure et inférieure ;
 - + En arrière : la région amygdalienne et le voile du palais ;
- le buccinateur qui s'insère successivement de haut en bas sur :
 - + L'os alvéolaire du maxillaire en regard des trois dernières molaires ;
 - + Le ligament ptérygomandibulaire ;
 - + La crête buccinatrice ;
 - + L'os alvéolaire de la mandibule en regard des trois dernières molaires ;
 - + La boule graisseuse de Bichat.

- **Région temporale**

Bien que située sur la partie latérale du crâne, nous la décrivons ici étant donné ses rapports anatomiques avec la face.

Limité par :

- En haut : la ligne courbe temporale supérieure.
- En avant : l'apophyse orbitaire externe du frontal et le bord postéro supérieur du malaire.
- En bas : l'arcade zygomatique.

Constitution :

A la partie inférieure, on distingue successivement de la superficie vers la profondeur :

- la peau (recouverte de cheveux en arrière) ;
- du tissu cellulaire (en continuité avec celui de la face) ;
- l'aponévrose épicrotânienne ;
- l'aponévrose temporale, divisée en deux lames formant un intervalle contenant de la graisse ;
- une nappe adipeuse (prolongement de la boule graisseuse de Bichat) ;
- le temporal qui descend pour s'insérer sur le cornet, d'où une communication de cette région avec la région ptérygomandibulaire.

- **Rapports avec les loges cellulaires péri-maxillaires : La classification Topographique de la cellulite [20,22, 23,24]**

- ✓ **Au maxillaire :**

La situation des apex par rapport au vestibule et des insertions musculaires (notamment celles du buccinateur en arrière) fait que l'infection d'origine dentaire intéresse le plus souvent :

- la lèvre supérieure lorsque l'incisive centrale est concernée et donne la cellulite labiale supérieure
- la région naso-génienne lorsque l'incisive latérale est concernée et donne la cellulite naso-génienne

- La région génienne lorsque la canine et les prémolaires sont en cause : c'est la cellulite génienne haute
- le vestibule lorsque les molaires sont en cause (ces dents ont, en effet, des racines vestibulaires courtes et des apex situés au-dessus des insertions du buccinateur) : c'est la cellulite vestibulaire
- La région ptérygomaxillaire lors d'une infection apicale d'une dent de sagesse supérieure généralement et donne la cellulite ptérygomaxillaire
- La région temporale peut être atteinte par complication d'autre forme et donne la cellulite temporale.

✓ **A la mandibule :**

Du côté interne, la deuxième prémolaire et la première molaire ont des apex qui sont situés sensiblement à la hauteur de la ligne mylohyodienne (l'infection peut ainsi intéresser, suivant les cas, l'une ou l'autre loge) ; les deuxièmes et troisièmes molaires ont des apex situés au-dessous de la ligne mylohyoïdienne (l'infection intéresse alors essentiellement la région sous-mandibulaire) et donne la cellulite sous mandibulaire. Du côté externe, l'infection intéresse avant tout la région mentonnière lorsque les incisives et la canine sont en cause et donne cellulite mentonnière ou la cellulite labiale et la région génienne basse lorsqu'il s'agit des prémolaires d'où la cellulite génienne basse.

-Une infection de la dent de sagesse inférieure peut diffuser à travers la table osseuse externe pour atteindre le masséter ou espace situé entre le ptérygoïdien médial en dedans et la branche montante mandibulaire en dehors pour donner respectivement la cellulite masséterine ou ptérygo-mandibulaire. La dernière forme peut être due à une anesthésie tronculaire du nerf dentaire inférieure appelé épine de spix

- **Classification selon la clinique :** [25,26 ,27]

Il y a trois formes

✓ **La cellulite aigue séreuse :**

Elle constitue le premier degré d'inflammation du tissu cellulaire, les quatre signes cardinaux de l'inflammation sont présentés : tumeur, chaleur, rougeur et douleur. Elle se caractérise par, au début par une tuméfaction comblant les sillons et efface les méplats. Elle est arrondie, recouverte d'une peau tendue, lisse et chaude. A cette phase le signe de godet est négatif, l'œdème est plus ou moins volumineux suivant la quantité de tissu cellulaire. Il est important de noter que la gravité de l'infection n'est pas proportionnelle à la dimension de l'œdème. Une asymétrie faciale est visible avec un trismus d'autant plus marqué que la dent causale est plus postérieure.

Elle fait suite à la phase séreuse et se caractérise par l'abcédassions. Elle est la forme la plus fréquente. La tuméfaction observée lors du premier stade renfermait du sérum ; elle va maintenant contenir du pus. Ce pus est constitué d'un conglomérat de débris tissulaires nécrosés. Il contient également des germes actifs. La consistance et l'odeur de ce pus varient en fonction des germes en cause. En générale, il est épais, bien lié, jaune verdâtre et d'odeur fade. Ces cellulites circonscrites se caractérisent par une réaction collagèniques tendant à limiter le foyer inflammatoire et aboutissant finalement à son enkystement tandis que le pus se collecte dans une cavité centrale

✓ **La cellulite gangreneuse :**

Bien que rare, de nos jours la cellulite gangreneuse existe toujours. Il s'agit d'une forme particulière de la cellulite aigue à germe anaérobie entraînant une production de gaz et une nécrose tissulaire. Son installation se fait secondairement au développement d'un abcès banal.

3) RAPPEL HISTO- EMBRYOLOGIQUE [18 ,24 ,28]

4) ÉTIOLOGIE [29, 30]

- **Mortification pulpaire :**

La mortification de la pulpe dentaire est le dénominateur commun de la majorité des étiologies dentaires :

- ✓ **La carie dentaire** en est, la cause primordiale : l'infection diffuse dans l'espace desmodontal et évolue sur un mode aigu, soit se « refroidit » pour aboutir au granulome et au kyste péri apical, qui peuvent se « réchauffer » et ramener au cas précédent.

- ✓ **Les traumatismes dentaires**

Il aboutit au même résultat, parfois après une simple contusion, à bas bruit ou une nécrose pulpaire : [30]

- ✓ **Infection parodontale :**

Le tissu cellulo-adipeux peut être infecté par les germes venus d'une poche parodontale, soit directement, soit après nécrose pulpaire. Ces causes sont le plus souvent des accidents d'éruption surtout de la dent de sagesse :péri coronarite.

- ✓ **Gestes thérapeutiques :**

Ce sont en général des complications dues aux traitements endodontiques mal conduits :

- Les obturations juxta pulpaires ;
- Le détartrage et /ou surfaçage ;
- Les tailles agressives sur dents vivantes ;
- Ainsi que les traitements orthodontiques : tractions ou pression excessives peuvent conduire à une nécrose progressive ;

- ✓ **Les germes en cause :**

Il s'agit d'une infection à germes multiples, dont l'évolution dépend du processus infectieux étiologique. C'est une flore aérobie et anaérobie. Les germes aérobies sont des streptocoques alpha ou bêta-hémolytiques, des

staphylocoques ou des neisseria [30,31, 32]. Les germes retrouvés au sein des lésions parodontales infectieuses d'origine dentaire sont le plus souvent dégermes de la cavité buccale, au sein de laquelle se développe toujours une flore poly microbienne

Tableau de la flore buccale endogène :

Bactéries à Gram +

Cocci aérobies anaérobies facultatif

- Streptocoques alpha hémolytiques. + + + +
- Streptocoques bêta hémolytiques. +
- Streptocoque non hémolytiques + + +
- Staphylocoques + + +
- cocci anaérobies + + +

Bacilles aérobies anaérobies facultatifs :

- actinomyces + + +
- lactobacilles + + +
- Diphtéroïdes + + + +

Bactéries à Gram –

- Cocci aérobies anaérobies facultatifs : + + +

- Cocci anaérobies + + + +
- Bacilles aérobies bacilles facultatifs +

Bacilles anaérobies :

- Bacteriodes + + +
- prevotella, porphyremonas sp. + + +
- Fusobacterium sp. + + +
- Spirochètes

· Affaiblissement des défenses de l'hôte :

Il joue un rôle essentiel en le désarmant contre les infections banales. Il peut être lié à des facteurs :

· **Physiologiques**

- l'âge,
- la grossesse (dernier trimestre)
- la nutrition (carence protéique et vitaminique)

· **Environnementaux**

- traumatisme physique
- et psychique

· **Immunitaires**

- congénitaux
- acquis (les syndromes de l'immunodéficience acquise, les traitements immunosuppresseurs, le diabète et sa micro angiopathie, l'obésité, l'insuffisance hépatocellulaire d'origine virale ou alcoolique, notamment).

· **Prescription médicamenteuse :**

Une prescription médicamenteuse inappropriée peut être une cause favorisante. Selon PONS [24,33] les anti-inflammatoires stéroïdiens ou non stéroïdiens, ont une action dépressive sur les mécanismes humoraux de défense immunitaire contre l'infection. Une antibiothérapie inadaptée est un facteur désélection et de résistance des germes.

5) PHYSIOPATHOLOGIE :

Elle se fait directement hors de la gencive, par voie sous périoste. L'infection atteint le péri apex, traverse l'os et le périoste, colonise les parties molles péri osseuses qui sont constituées par un tissu cellulo-adipeux remplissant les espaces délimités par les zones d'insertions musculo-aponévrotiques au niveau des tables osseuses internes ou externes. Parallèlement, une propagation par voie veineuse et lymphatique est bien entendue possible et constituent un facteur de diffusion précoce de l'infection dépassant rapidement des barrières anatomiques locales et envoyant des métastases septiques à distance depuis la base du crâne au médiastin [17,34].

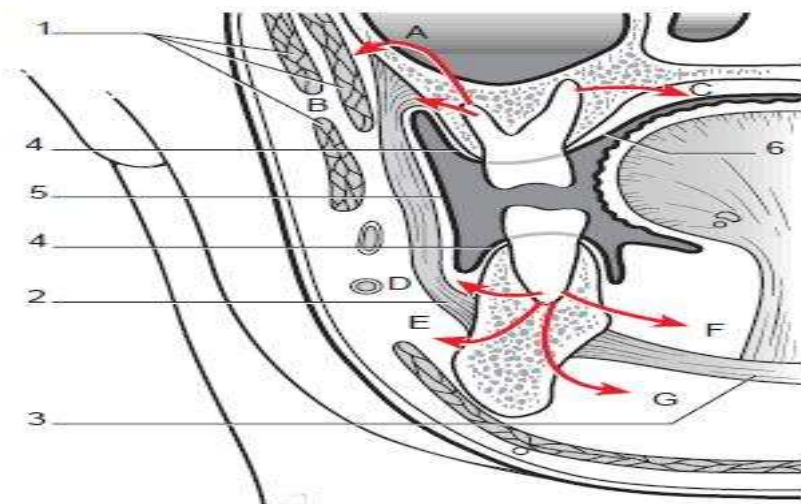


Figure12:Coupe frontale de la face passant par la première molaire, d'après
Testut et Jacob [28]

6. TABLEAUX CLINIQUES

- **Cellulite séreuse :**

La cellulite séreuse est le tableau initial inflammatoire ; les signes de la desmodontite aiguë prédominant :

-douleurs violentes spontanées, exacerbées par le contact de la dent antagoniste (dent « trop longue ») et le décubitus ; puis peu à peu apparaît une tuméfaction assez mal limitée, comblant les sillons ou dépressions de la face effaçant les méplats, la peau en regard est tendue, lisse, rosée ; elle est collée à l'os sous-jacent Douleur avec augmentation de la chaleur locale ; elle est élastique et ne prend pas de godet.

L'examen endo buccal retrouve une muqueuse soulevée et rouge au voisinage d'une dent qui ne répond pas au test de vitalité ; elle est légèrement mobile et la moindre tentative de percussion axiale serait très douloureusement ressentie. A ce stade, les signes généraux sont en rapport avec l'intensité de la douleur qui est calmée incomplètement par les antalgiques. Une radiographie panoramique est nécessaire pour préciser l'état de l'os autour de la dent responsable et réaliser un bilan de débrouillage du reste de la denture. [28]



Figure13:Cellulite séreuse [35]

- **Cellulite suppurée :**

En absence de traitement approprié la cellulite suppurée s'installe dans les jours qui suivent et les caractères généraux d'un abcès sont maintenant présents. Le patient qui dort peu depuis plusieurs jours et qui s'alimente difficilement d'autant plus qu'existe un trismus, est pâle, fatigué, fébrile. Sa douleur est devenue lancinante avec céphalée et sensation de battements au niveau de sa tuméfaction faciale. A ce niveau, la peau est rouge, chaude et luisante ; la palpation prudente permet de constater que cette tuméfaction s'est limitée, elle fait « corps avec l'os » ; les téguments prennent maintenant le godet et au bout d'un certain temps d'évolution, une fluctuation peut être retrouvée. Dans la cavité buccale, l'examen difficile retrouve un soulèvement muqueux oblongue, rouge et très douloureux qui comble le cul de sac vestibulaire au voisinage de la dent causale ; cette constatation peut parfois également être faite au niveau palatin ou au niveau de la table interne de la mandibule. A ce stade, en dehors de

signes généraux graves témoignant d'une toxi-infection, il est crucial de dépister l'installation d'éventuels signes locaux de gravité, dont la constatation doit permettre d'anticiper une évolution pouvant mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel :

- un érythème qui, à partir de la tuméfaction, tend à s'étendre vers la partie basse du cou ou déjà vers les creux sus-claviculaires et la fourchette sternale ;
- une tuméfaction sus-hyoïdienne latérale qui tend à progresser vers la région cervicale médiane ou l'inverse ;
- une crépitation neigeuse au palper de la tuméfaction ;
- une tuméfaction du plancher buccal, qui n'est plus la collection limitée au niveau de la table interne de la mandibule et parfois déjà associée à un œdème lingual débutant ;
- une douleur oropharyngée très vive, qui gêne la déglutition salivaire et s'accompagne d'un trismus serré ;

- une tuméfaction jugale qui ferme l'œil du patient. [27,35]

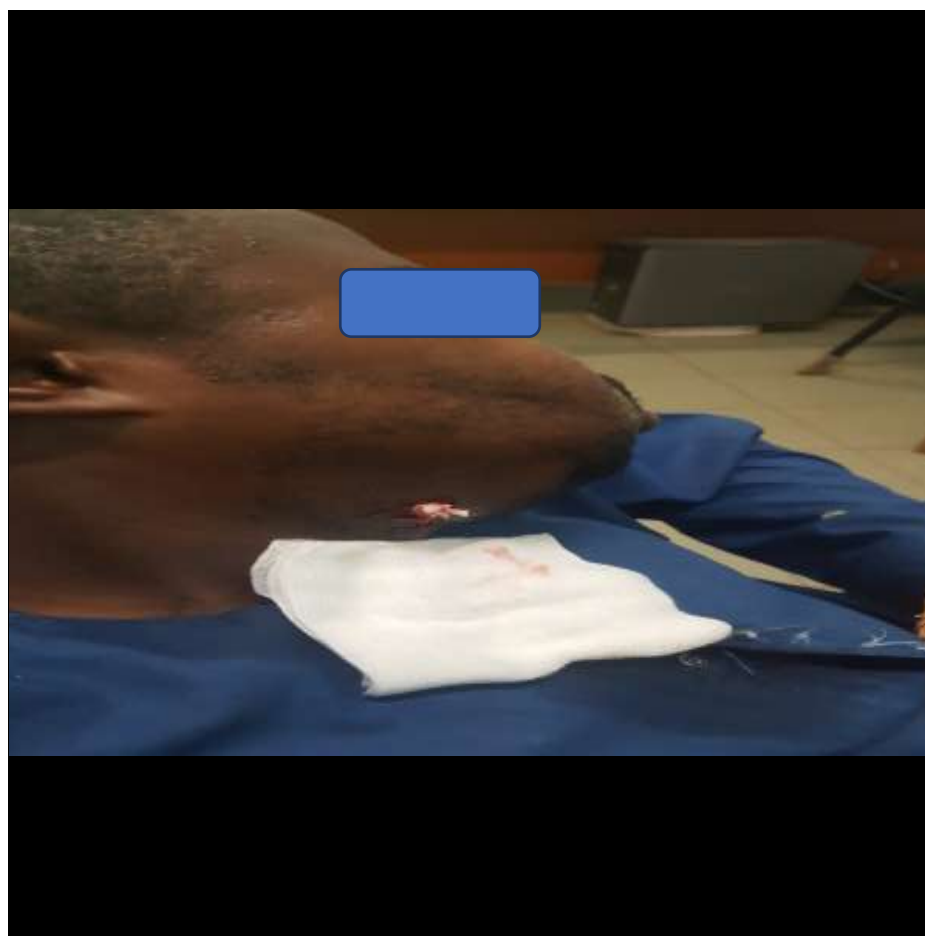


Figure14:Cellulite suppurée [35]

- **Évolution :**

L'évolution spontanée de cet abcès est encore malheureusement observée, le plus souvent la collection se fistulise à la peau et ou à la muqueuse : cette « soupape de sécurité », si elle permet un soulagement transitoire, laisse les problèmes en place ; et pour peu qu'un traitement antibiotique « efficace » soit institué, le passage à la forme gangreneuse avec une nécrose tissulaire est assuré.

Cette évolution peut également se faire vers des complications propres à l'unité anatomique dans laquelle l'infection s'est développée, ou alors vers la diffusion de l'infection vers les régions voisines, pouvant à son tour gagner les espaces cervicaux, voire le médiastin. [28]

- **Tableau clinique particulier en fonction de la localisation de l'infection :**

- ✓ **Cellulites péri mandibulaires:** [30, 36, 37,38]

✓ **Groupe incisivo-canin :**

La collection se développe du côté de la table externe où elle contourne les insertions des muscles carré et houppe du menton : au-dessus, elle est superficielle, vestibulaire, donnant un aspect de grosses lèvres, au-dessous, elle est profonde et se développe dans l'éminence mentonnière, voire la région sous mentale. L'étiologie de la mortification incisive due à un traumatisme oublié est classique, ce tableau peu fréquent n'appelle pas de discussions diagnostiques. [37]

✓ **Groupe prémolo-molaire :**

Différentes localisations peuvent se rencontrer, voire s'associer.

Le plus souvent, la collection se situe en dehors de la mandibule.

✓ **Cellulite génienne :**

La symptomatologie est dominée par la limitation d'ouverture buccale d'autant plus intense que la dent est postérieure avec association d'une otalgie réflexe. Le soulèvement muqueux vestibulaire est centré en regard de la dent causale ; au bout d'un certain temps d'évolution, parfois d'emblée, une tuméfaction génienne, au-dessus du bord inférieur de la mandibule. L'anatomie de la région explique pourquoi « l'abcès migrateur » ou buccinato-maxillaire de Champerret et l'Hirondelle se collecte dans cette région après le pus, issu de l'alvéole de la dent de sagesse, acheminé le long de la gouttière buccinato-maxillaire. [39]

En fait, les infections provenant des molaires empruntent le même chemin ; celui peut rendre difficile l'identification de la dent causale quoi qu'il en soit, le diagnostic de cette cellulite ne pose pas de difficulté ; le kyste sébacé abcédé peut être évoqué pour discuter.

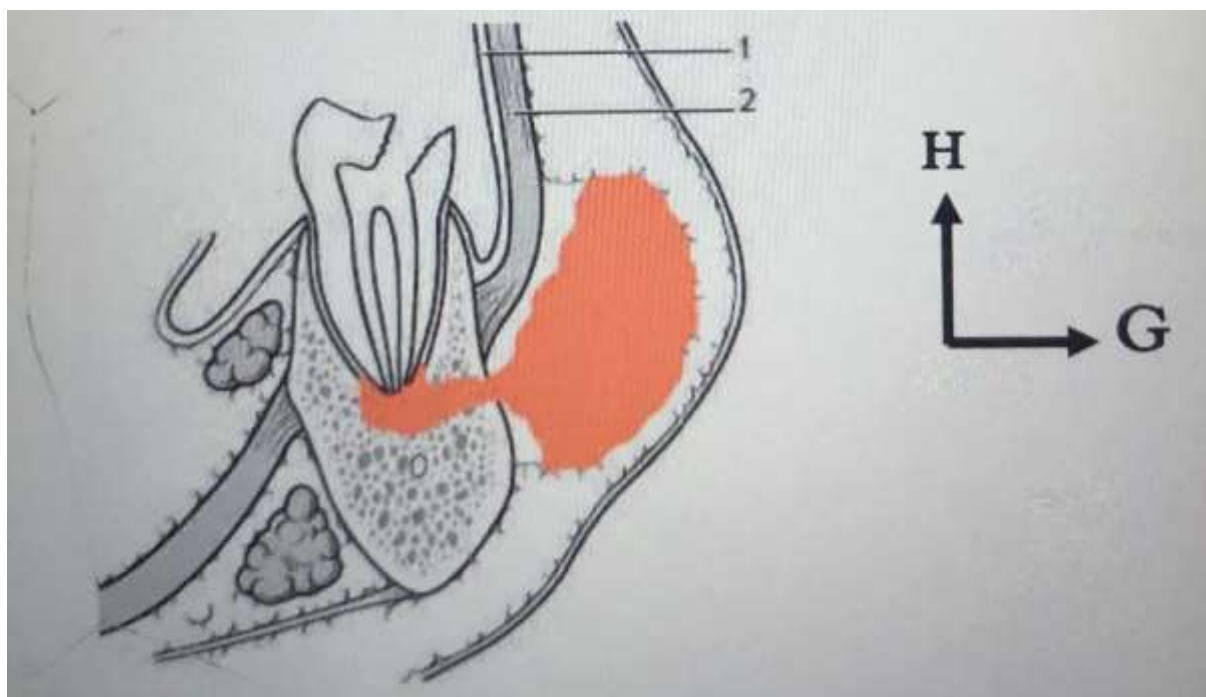


Figure15 :Cellulite vestibulo-génienne basse par infection périapicale de la première molaire inferieure [29]

1. Muqueuse vestibulaire ; 2. Muscle buccinateur.

✓ **Cellulite masséterine:**

Elle est peu fréquente et classiquement, l'« accident de la dent de sagesse » en constitue le type de description, cependant, l'anatomie nous apprend que cette dent est linguale : il faut donc admettre qu'il s'agit plus volontiers d'un accident sur la dent de sagesse en malposition avec la racine vestibulaire. Les autres molaires sont exceptionnellement en cause.

Le tableau est dominé par un trismus très serré et des douleurs intenses qui rendent compte de la difficulté de l'examen : la tuméfaction est plaquée sur la face externe de l'angle mandibulaire, tandis qu'une tuméfaction vestibulaire est visible en dehors du bord antérieur de la branche montante. Le problème ici est de bien voir si la collecte n'a pas tendance à s'étendre au niveau de la face interne, ou au niveau de la partie postérieure du plancher buccal, ce qui change radicalement le degré d'urgence.

En effet, l'abcès collecté initialement sous le masséter peut diffuser par l'échancrure sigmoïde vers la région para-amygdalienne et les espaces infra

temporaux. Le tableau de cette cellulite ne peut être confondu avec celui d'une parotidite qui comble l'espace inter mandibulaire mastoïdien en soulevant le lobule de l'oreille. L'anamnèse et l'examen endobuccal retrouvant un écoulement de pus par l'orifice du canal de sténos, éliminent cette hypothèse diagnostique. Parfois, l'abcès se collecte en dedans de la mandibule, de part et d'autre du muscle mylohyoïdien. Le trismus, la douleur, rendent également l'examen difficile. [40,41].

✓ **Cellulite sous-mylohyoïdienne:**

La tuméfaction fait corps avec le bord basilaire de la branche horizontale et s'étend dans l'espace sus-hyoïdien latéral, pour évoluer vers les téguments cervicaux. Le plancher buccal est œdémateux simplement : la collecte n'est pas à ce niveau. Ce n'est pas une sous-maxillite aiguë : La tuméfaction reste séparée du bord inférieur de la mandibule ; ce n'est pas un adénophlegmon cervical, dont le point de départ se situe au niveau de la région sous-digastrique. [23,29]

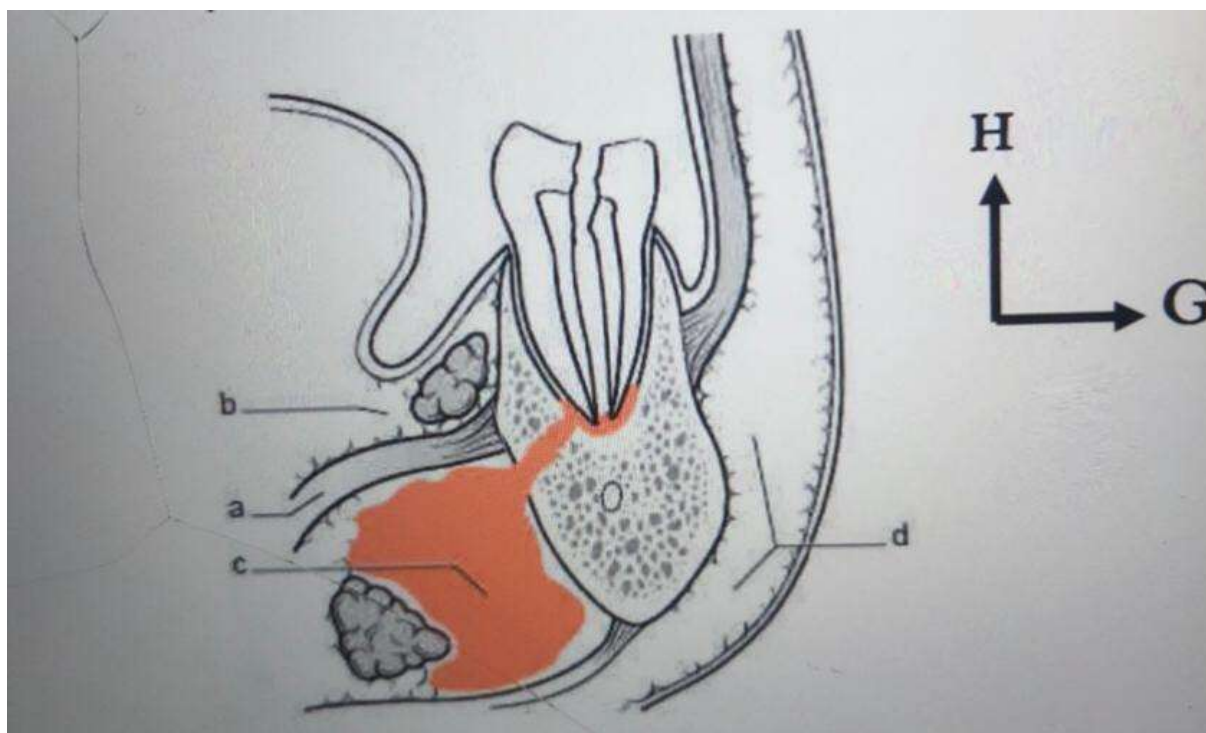


Figure 16 : cellulite sous mylohyoïdienne[29]

✓ **Cellulite sus-mylohyoïdienne:**

C'est la « cellulite du plancher buccal », peu fréquente, dont le danger primordial est l'obstruction des voies aériennes. La dent de 6 ans en est souvent la cause. La tuméfaction est collée à la table interne de la branche horizontale en regard de la dent causale, puis elle gagne le sillon pelvi lingual :

Tuméfaction sous muqueuse rouge qu'il sera facile de différencier d'une péri-whartonite (antécédent, pus à l'orifice du canal de Wharton, radiographie occlusale). Enfin, le creux sous mandibulaire se comble. Les signes fonctionnels s'exacerbent :

- douleur,
- trismus,
- dysphagie avec hyper salivation et gêne à l'élocution.

Il faut considérer cette cellulite comme une urgence absolue dès ce stade ; en effet, plus ou moins rapidement l'œdème s'accroît et la langue se trouve refoulée, d'autant plus vite que la cellulite s'étend vers l'oropharynx et vers le plancher buccal antérieur. Le danger est dès lors patent chez un patient en équilibre ventilatoire précaire, que des manœuvres difficiles d'intubation peuvent décompenser brutalement. [40,41]

✓ **Cellulites postérieures :**

- Au niveau de la face interne mandibulaire, elles partagent le même degré de gravité que la cellulite du plancher, dont elles peuvent être l'extension.

. Ici encore le trismus serré, la dysphagie intense, l'otalgie violente rend compte de l'agitation du malade qui s'oppose à toute tentative de mobilisation. L'examen permet difficilement d'identifier la molaire responsable, bien souvent la dent de sagesse ; il est possible de visualiser le bombement du pilier antérieur du voile avec l'amygdale déjetée en dedans. Le reste du voile est normal ; il n'existe pas d'œdème de la luette. Ces constatations

Importantes permettent d'écartier le diagnostic de phlegmon péri amygdalien et de bien reconnaître l'origine dentaire du processus infectieux.

Au niveau cervical, le phlegmon péri-amygdalien s'accompagne d'une adénopathie sous-digastrique très douloureuse, mais qui reste mobilisable ; Tandis que le phlegmon de la face interne se collecte dans l'espace sous parotidien antérieur, puis tend à gagner la région sous-maxillaire, qui n'est que la continuité anatomique : à l'effacement du méplat sous mandibulaire, succède à plus ou moins brève échéance, une collection latérale comme il a été vu précédemment. Sachant également que l'espace sous-parotidien antérieur est le carrefour des loges anatomiques cervico-faciales, qu'il met en relation avec les espaces cellulaires profonds conduisant au médiastin, l'examen tomodensitométrique est indispensable pour connaître les limites de la collection et adapter les voies d'abord pour drainer correctement la collection. Cette cellulite est heureusement d'observation exceptionnelle. [41, 42]

✓ **La cellulite temporale:** [29]

Elle est également exceptionnelle de nos jours ; sa complication primordiale est la myosite rétractile du muscle temporal responsable d'une constriction permanente. Cette cellulite masseterrine ; cliniquement, la déformation externe est discrète : il existe un effacement du méplat supra-zygomatique par rapport au niveau du vestibule buccal.

✓ **Cellulites péri-maxillaires :**

Par définition, elles ne se rencontrent qu'au niveau externe par rapport à l'os : là où existe du tissu cellulaire. Du côté palatin, la fibromuqueuse, peu extensible adhère fermement au plan osseux, ce qui limite le décollement, donnant un aspect en « verre de montre ».

✓ **Groupe incisivo-canin :**

De façon analogue aux incisives mandibulaires, la collection issue en général d'une incisive centrale contourne ici le muscle myrtiforme et intéresse, soit au-dessus de lui, le seuil narinaire, soit au-dessous, la lèvre supérieure en

« museau de tapir ». L'incisive latérale peut parfois donner ce tableau, ou une cellulite vestibulaire, ou de façon plus spécifique un abcès palatin. La canine est responsable d'une collection vestibulaire et naso-génienne, s'accompagnant d'un œdème diffusant rapidement à la paupière inférieure. Ces cellulites sont à différencier, bien sûr, d'infections cutanées aux staphylococciques dont elles partagent toutefois le danger de thrombophlébite de la veine angulaire de la face. [39]

✓ **Groupe prémolo-molaire :**

Les infections péri-apicales des racines palatines de la première prémolaire ou des deux premières molaires sont responsables d'abcès palatins.

Du côté externe, tout dépend de la longueur des racines par rapport à la limite d'insertion maxillaire du buccinateur :

Au-dessous se constitue un abcès purement vestibulaire ; au-dessus se forme un abcès jugal qui bombe dans le vestibule buccal supérieur et distend la joue en s'étendant vers la paupière inférieure, dont l'œdème ferme la fente palpébrale au bout d'un certain temps d'évolution. Le danger primordial est celui de phlegmon périorbitaire avec son risque de cécité. Chez l'enfant, il est important de souligner la rapidité avec laquelle peut évoluer ce type de cellulite : le traitement ne souffre d'aucun retard.

Enfin, c'est plutôt à l'occasion d'un épisode carieux ou parodontal que la dent de sagesse supérieure se mortifie ; elle peut être responsable d'un exceptionnel abcès infra temporal : la symptomatologie fonctionnelle est bruyante :

- trismus
- douleurs hémifaciales pulsatiles
- fièvre.

Les signes physiques désignant cette région profonde apparaissent progressivement :

- œdème temporal puis jugal,

- œdème bi palpébral puis jugal, installation d'une exophtalmie et d'une limitation de l'oculomotricité,
- dysesthésies sous-orbitaires et
- bombement du cul-de-sac vestibulaire supérieur et inférieur. Le scanner est indispensable pour localiser la collection.

Le risque primordial est celui de thrombophlébite ptérygoïdien avec son risque d'extension au sinus caverneux

✓ **Abcès sous-périostés**

Ces collections se développent dans les zones où la muqueuse buccale adhère au périoste sans couche de tissu cellulaire intermédiaire : cette disposition existe au niveau palatin, comme il a été vu précédemment, et au niveau de la fibro-muqueuse gingivale attachée ; les parulies sont de petits abcès, surtout rencontrés chez l'enfant, provoqués par l'infection apicale de dents temporaires, qui se fistuleuses rapidement, puis se reforment en l'absence de traitement, ou se pérennisent sous forme d'une fistule gingivale chronique.[37]

7. DIAGNOSTIC : [21]

Le diagnostic de cellulite aiguë n'est pas en général très difficile à poser :

- L'anamnèse,
- L'examen clinique exo et endo-bucal,
- un bilan radiographique simple :

Sont suffisamment explicites, même en cas de localisation particulière.

-8. TRAITEMENT : [23,24, 42,43]

• **BUTS**

Le traitement a pour buts :

- D'arrêter l'évolution de la cellulite et évacuer la collection suppurée,
- De soulager le patient et le guérir en supprimant la cause identifiée.

✓ **Traitement préventif**

Le traitement préventif repose essentiellement sur la prophylaxie de la carie dentaire et passe donc par une bonne hygiène bucco-dentaire ainsi que par des visites semestrielles de contrôle.

La deuxième étape est le traitement précoce des caries et des pulpopathies avant que celles-ci n'aboutissent à des cellulites [23].

✓ **Traitement curatif**

- **Moyens médicamenteux**

_ **Les antibiotiques**

En odontostomatologie, comme dans toute spécialité médicale, le choix et la prescription d'un traitement antibiotique font intervenir plusieurs critères :

- la nature du germe responsable de l'infection
- la pénétration des antibiotiques au niveau du foyer bactérien leur activité sur la souche bactérienne en cause
- Etat général du patient

Les associations suivantes peuvent être efficaces : [25]

- L'amoxicilline ou la spiramycine associée au métronidazole
- Oxacilline + Métronidazole
- Clindamycine + Métronidazole
- Amoxicilline + Acide Clavulanique

_ **La corticothérapie**

Les principales propriétés pharmacologiques des corticoïdes : anti-inflammatoires,

Antiallergiques, immunosuppressives expliquent les multiples indications de ces médicaments [23].

On doit proscrire les AINS dans la prise en charge de ces infections [43].

- **Les anticoagulants**

Ils jouent un rôle important dans la prévention des thrombophlébites des veines faciales dans les cas graves. Deux molécules sont essentiellement utilisées [25] :

— L'héparine de calcium (fraxiparine)

— Les anti vitamines K

Les posologies sont fonction de l'état général du patient et la gravité de la pathologie.

· **Moyens chirurgicaux**

_ **Ponction**

Elle peut être proposée pour effectuer un prélèvement bactériologique avant le drainage.

_ **Anesthésie**

· **L'anesthésie locale**

Elle est faite au point de fluctuation ou à l'emplacement du signe de godet de préférence par infiltration traçante à la xylocaïne à 2 % sans adrénaline [25].

· **L'anesthésie régionale**

Elle se fait à distance du foyer infectieux. Il s'agit de l'anesthésie du nerf maxillaire inférieur à l'épine de spix ou au trou ovale devant des cas de trismus serrés. Dans les cas graves anesthésie peut être générale [25].

_ **Incision :**

Elle doit être effectuée dans les conditions d'asepsie par endo-buccal ou exo-buccal selon les cas.

Il est toujours préférable d'avoir une voie d'abord muqueuse pour minimiser les séquelles esthétiques. L'incision doit être située à la partie déclive de la tuméfaction afin que l'abcès se draine correctement, en tenant compte des dangers anatomiques et des impératifs esthétiques [43].

_ **Drainage :**

Après l'incision, les plans anatomiques sous-jacents sont disséqués avec une pince de Healdsted. Elle est introduite dans la collection, les mors fermés,

progressivement les deux branches de l'instrument sont écartées pour permettre le drainage de la collection purulente [43].

· **Traitement étiologique**

Il s'agit d'une extraction ou de soin conservateur de la dent causale. Surfaçage ou chirurgie parodontale si elle est d'origine parodontale [43].

_ **Indications**

· **Cellulites à évolution endo-buccale**

Dans le cas de cellulite à évolution endo-buccale, la collection émerge l'intérieur de la bouche donc l'incision sera le plus souvent endo-buccale, elle doit tenir compte des dangers anatomiques tels que le nerf mentonnier.

· **Cellulites à évolution cutanée**

Dans ce cas la collection évolue en extra buccal avec le plus souvent une asymétrie du visage parfois accompagnée d'une fistule. L'incision, en plus des obstacles anatomiques (nerf facial), doit tenir compte des impératifs esthétiques.

PATIENTS
ET
METHODES

IV-PATIENTS ET METHODES

1-Cadre et lieu de l'étude :

***Cadre d'étude**

Notre étude a été réalisée dans le service d'odontologie, de chirurgie orale et maxillo-faciale au CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati.

Le CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati est situé à une quinzaine de kilomètres au nord-ouest de Bamako, dans l'enceinte du Camp Soundiata Kéita de Kati et à 100m de la place d'armes.

C'est un hôpital de 3ème référence au Mali en traumatologie et en acuponcture. Il a été créé en 1916 comme infirmerie militaire, et a été transformé en 1967 en hôpital. Puis érigé en EPA en 1992, en EPH en 2002, en CHU en 2003 et en CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati le 16 Novembre 2016.

L'unité de la chirurgie orale et maxillo-faciale est une partie intégrante du service d'Odontologie depuis 2017 avec l'arrivée d'un spécialiste. Ces activités de consultation sont effectuées en service d'Odonto-stomatologie mais les hospitalisations sont faites au service de Chirurgie Générale.

***Lieu d'étude**

Présentation du service d'Odontologie, de chirurgie orale et maxillo-faciale:

Le service d'Odonto-stomatologie collabore avec le service de Chirurgie Générale, qui dispose de 44 lits répartis entre 14 salles d'hospitalisation,

Le service d'Odonto-stomatologie:

Le bâtiment construit en 2008, réceptionné en mars 2009, est en bon état, et est situé en face du bureau des entrées. Il occupe un bâtiment à (3) trois niveaux. Ce bâtiment comprend :

- Au Rez-de-chaussée :

Côté est, les urgences.

Côté ouest l'unité de kinésithérapie.

- Au premier étage :

- A l'est les Archives.
- A l'ouest l'Unité d'odontologie.
- Au deuxième étage :
 - L'Unité de chirurgie orale et maxillo-faciale.
 - Le bureau du Comité Syndical.

Le service comprend :

-Deux cabinets dentaires, un laboratoire de prothèse non équipé, un bureau pour médecin, un bureau pour le surveillant au premier étage.

-Un box de chirurgie orale et maxillo-faciale et de stomatologie au deuxième étage, composé d'un box de consultation, un bureau pour médecin, un magasin et une salle d'attente.

Personnel :

- Un médecin spécialisé en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie,
- Un chirurgien-dentiste,
- Trois assistants médicaux en odontologie,
- Deux étudiants hospitaliers faisant fonction d'interne et externe.

Le bloc opératoire est composé de :

Trois (3) salles d'opération (salle I, II, III) dont deux pour la chirurgie aseptique et une pour la chirurgie septique que nous avons en partage avec les chirurgiens orthopédistes et traumatologues, chirurgiens généralistes, urologues, gynéco-obstétriciens, ophtalmologues et cardiologues.

Une salle de réveil fonctionnelle,

Un hall de lavage des mains entre salle I et II,

Une salle de stérilisation,

Un vestiaire,

Un bureau pour le major,

Une salle de garde des assistants anesthésistes,

Deux (2) magasins.

□ **Les activités du service :**

Les activités du service se résument comme suite :

- Consultations externes : mardi et jeudi,
- Hospitalisations : tous les jours.
- Programme chirurgical (lundi).
- Urgence chirurgicale : tous les jours.
- Visite des malades hospitalisés : tous les jours.
- Staffs du service tous les vendredis.
- Staff général tous les premiers mercredis du mois.

2-Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude analytique et descriptive à caractère prospectif allant de Février à Aout 2020 soit une période de six mois.

3-Population d'étude

Notre population d'étude était constituée de tous les patients ayant bénéficié de traitement pour cellulites péri-mandibulaires au service d'odonto-stomatologie du CHU-BSS et ayant accepté de participer à l'étude.

4-Echantillonnage

L'échantillonnage était non exhaustif.

5-Critères de sélection :

5-1-Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude tous les patients ayant subi une intervention chirurgicale et ayant bénéficié d'un traitement médicamenteux pour cellulites péri-mandibulaires dans l'unité de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale au CHU-BSS durant la période d'étude.

5-2-Critères de non inclusion

Nous n'avons pas inclus dans notre étude tous les patients présentant une cellulite péri-mandibulaire et prise en charge dans le service ayant refusé de participer à l'étude.

5-3 Critères d'exclusion

Nous avons exclus de notre étude, tout patient ayant subi une intervention chirurgicale ou ayant bénéficié d'un traitement médicamenteux pour autres causes que la cellulite péri-mandibulaire dans l'unité de chirurgie orale et maxillo-faciale au CHU-BSS durant la période d'étude.

6-Variable utilisées

- **Variable socio démographique**

- * Sexe
- * Profession
- * Tranche d'âge
- * Résidence
- * Ethnie
- * Nationalité

- **Variable cliniques**

- *Mode de recrutement
- * Motif de consultation
- * Délai de consultation
- *Traitement reçu
- * Siege de la cellulite
- * Etiologie dentaire
- *Bilan radiologique
- *Bilan biologique
- * Résultat de la pyoculture
- *Stade de la cellulite
- * Type de soins
- * Type de traitement
- *Type d'anesthésie
- *Evolution de la maladie

7-Collecte des données

Les données ont été recueillies à partir :

- Des dossiers médicaux des malades.
- Le registre de consultation et de compte rendu opératoire
- La fiche d'enquête individuelle.

8-Saisie et analyse des données

Nous avons fait la saisie simple des textes, des tableaux et des graphiques sur les logiciels Word et Excel 2016. l'analyse des données a été effectuées à l'aide du logiciel SPSS. Comme test statistique, nous avons utilisé le χ^2 avec comme seuil de signification $p < 0,05$.

9-Considération éthique et déontologique

La confidentialité et l'anonymat des données recueillies ont été respectés.

10-Retombés scientifiques

L'étude nous a permis de recenser les différents facteurs favorables à cette pathologie (cellulite péri-mandibulaire) et cela va nous permettre de dégager des protocoles thérapeutiques préventives et curatives, mais aussi par des biais des campagnes de sensibilisations à l'hygiène bucco-dentaire.

RESULTATS

V-RESULTATS

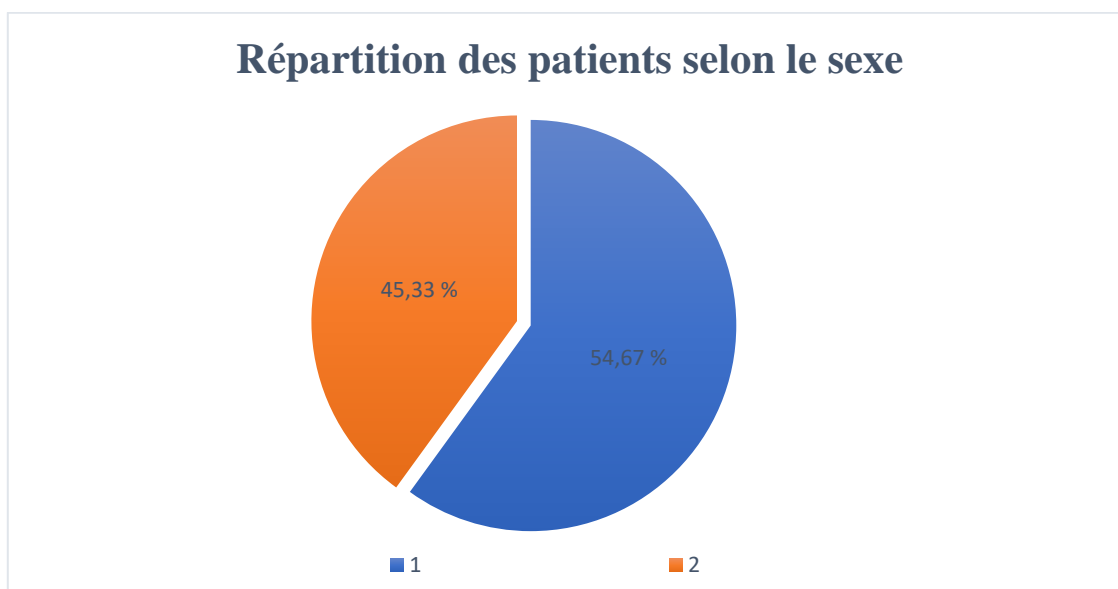


Figure17:Répartition des patients selon le sexe.

1 : Homme 2 : Femme

Le sexe masculin était le plus représenté soit **54,67%** des cas, avec un sexe ratio de 1,2.

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage (%)
0 à 10	4	2,67
11 à 20	27	18
21 à 30	46	30,67
31 à 40	39	26
41 à 50	23	15,33
51 et plus	11	7,33
Total	150	100

La tranche d'âge 21 à 30 était la plus représentée soit 30,67% des cas avec une moyenne d'âge de 42,5 ans et des extrêmes allant de 3 à 82 ans.

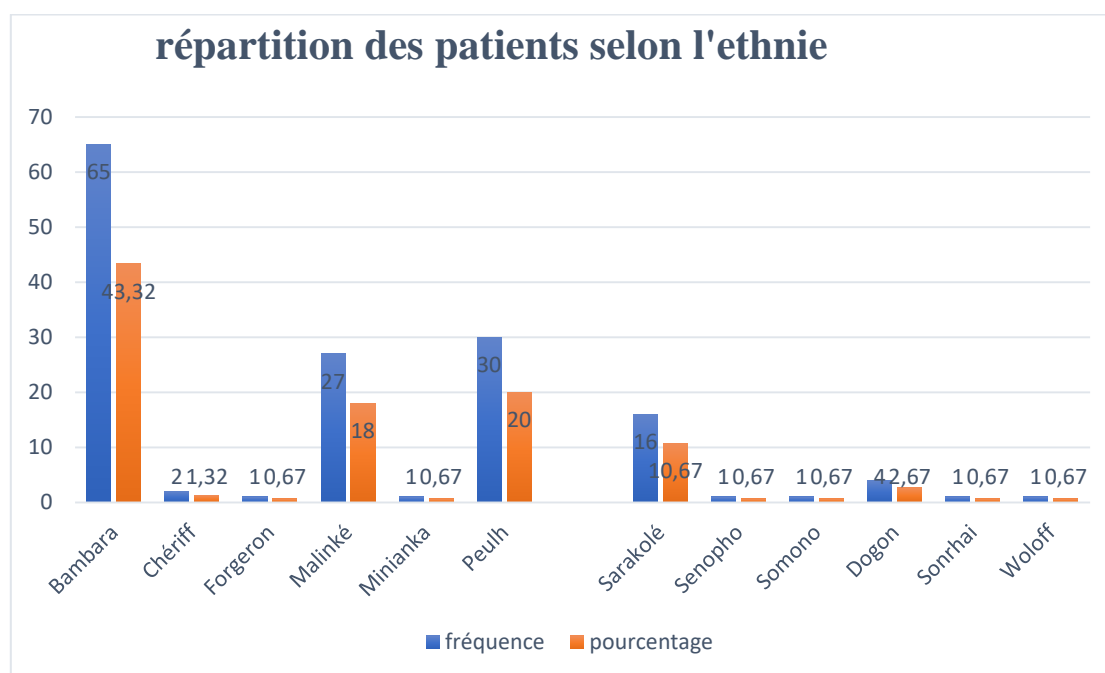


Figure18: Répartition des patients selon l'ethnie.

L'ethnie Bambara était la plus représentée, soit 43,32 des cas.

Tableau II: Répartition des patients selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage %
Berger	4	2,66
Commerçant(e)	15	10
Couturière	2	1,33
Cultivateur	10	6,67
Elève	18	12
Enfant	5	3,33
Enseignant(e)	5	3,33
Etudiant(e)	3	2
Jardinier	3	2
Ménagère	38	25,33
Militaire	3	2
Ouvrier	5	3,33
PA	7	4,67
Paysans	11	7,33
Retraité	10	6,67
Secrétaire	4	2,66
Autre	7	4,69
Total	150	100

Les ménagères étaient les plus représentées dans 25,33% des cas

Autres : Animateur (1) ; chauffeur (1) ; Boutiquier (1) ; charpentier (1) ; coiffeur (1) ; soudeur (1) ; policier (1).

Tableau III: Répartition des patients selon la résidence.

Résidence	Effectif	Pourcentage %
Kati	105	70
Hors Kati	45	30
Total	150	100

La majorité de nos patients résidait à Kati, soit 70% des cas

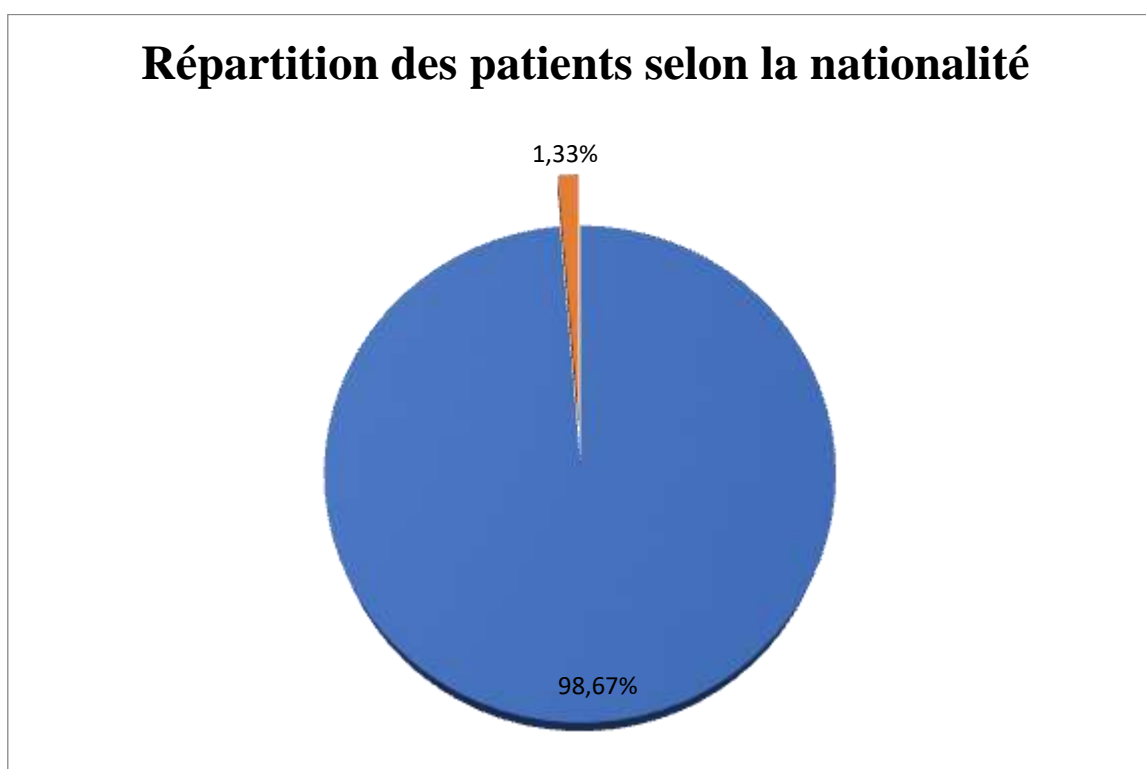


Figure 19 : Répartition des patients selon la nationalité.

Bleue : Maliennne Orange : Sénégalaise

La nationalité Maliennne était la plus représentée dans 98,67% des cas.

Tableau IV : Répartition des patients selon le mode de recrutement.

Mode de recrutement	Effectif	Pourcentage (%)
Référé	89	59,33
Evacué	2	1,33
Venu de lui-même	38	25,34
Sur recommandation	21	14
Total	150	100

La majorité de nos patients a été des patients référés, soit 59,33% des cas.

Tableau V: Répartition des patients selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage (%)
Douleur	3	2
Tuméfaction	3	2
Douleur + Tuméfaction	103	68,67
Dx + Tuméfaction + Trismus	30	20
Dx + Tuméfaction + Trismus + Fistule	8	5,33
Douleur + Tuméfaction + Fistule	3	2
Total	150	100

Les motifs de consultation les plus fréquents étaient la douleur et la tuméfaction dans 68,67% des cas.

Tableau II: Répartition des patients selon le délai de consultation.

Délai de consultation (jours)	Effectif	Pourcentage (%)
inf à 3	11	7,33
3-7	98	65,34
8-14	27	18
sup à 14	14	9,33
Total	150	100

Le délai de consultation 3 à 7 jours a été le plus observé chez la majeure partie de nos patients soit 65,34% des cas. Le délai moyen était de 8,5 jours.

Tableau VII: Répartition des patients selon le traitement reçu.

Traitement reçu	Effectif	Pourcentage (%)
Traditionnel	19	12,67
Automédication	76	50,67
Médical	19	12,67
Traditionnel + Automédication	23	15,33
Traditionnel + Médical	11	7,33
Traditionnel + Automédication + Médical	2	1,33
Total	150	100

L'automédication était le plus pratiqué par les patients soit 50,67% des cas.

Tableau VIII: Répartition des patients selon le siège de la cellulite.

Siège	Effectif	Pourcentage (%)
Sus mylo-hyoidien	7	4,67
Génien basse	106	70,67
Sous-mentonnière	18	12
Postérieur	19	12,66
Total	150	100

Le siège de la cellulite était génien dans 70,67% des cas.

Tableau IX: Répartition des patients selon l'étiologie dentaire.

Etiologie dentaire	Effectif	Pourcentage (%)
oui	137	91,33
non	13	8,67
Total	150	100

Les dents étaient en cause dans 91,33% des cas.

Tableau X: Répartition des patients selon l'imagerie.

Bilan radiographique	Effectif	Pourcentage (%)
Rx face basse	8	5,33
Rx face et thorax	59	39,34
Pas d'examen Rx	83	55,33
Total	150	100

Nos patients ont bénéficié de la radiographie face basse et thorax dans 39,34% des cas.

Tableau XI : Répartition des patients selon le bilan biologique effectué.

Bilan biologique	Fréquences	Pourcentage (%)
Effectué	134	89,33
Non effectué	16	10,67
Total	150	100

La majorité des patients avait effectué un bilan biologique dans 89,33% des cas.

*Le bilan biologique effectué était composé de : **NFS; glycémie ; GE ; SRV ; CRP ; VS.**

Tableau XII: Répartition des patients selon les résultats de la pyoculture.

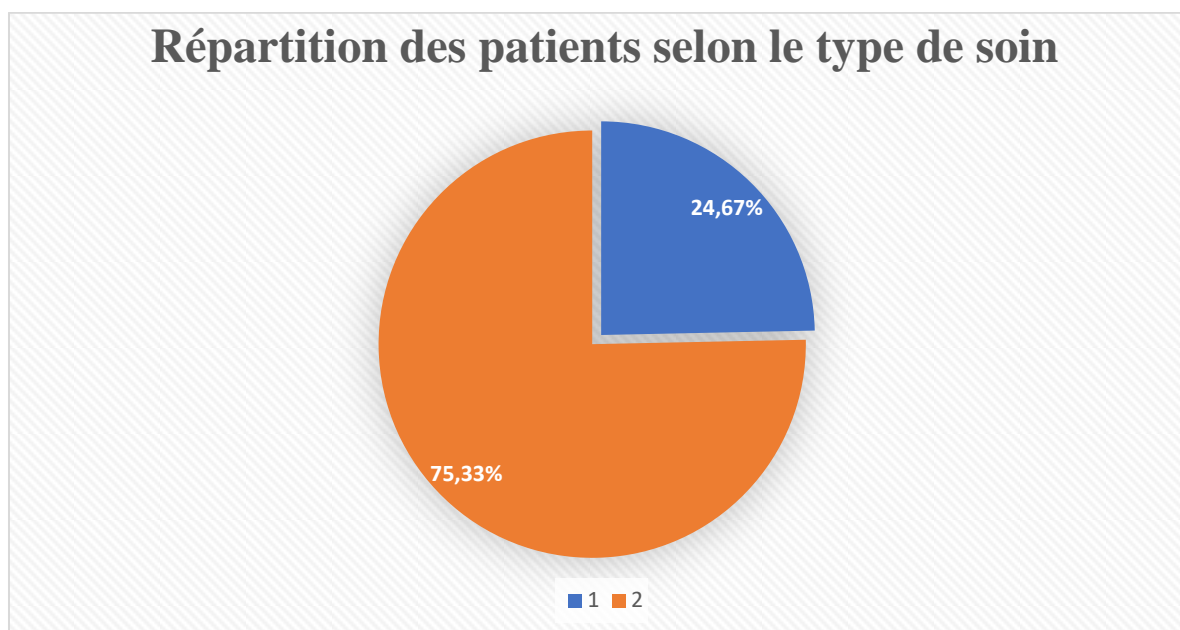
Pyoculture	Effectif	Pourcentage (%)
Septique	136	90,67
Aseptique	14	9,33
Total	150	100

La pyoculture était septique dans 90,67% des cas.

Tableau XII: Répartition des patients selon le stade de la cellulite.

Stade	Effectif	Pourcentage (%)
Cellulites séreuses	39	26
Cellulites suppurées	77	51,33
Cellulites chroniques	34	22,67
Total	150	100

La cellulite était suppurée, dans 51,33% des cas.



1 : Hospitalisation 2 : Ambulatoire

Figure 20 : Répartition des patients selon le type de soin.

La majorité des soins était en ambulatoire soit 75,33 des cas.

Tableau XIII : Répartition des patients selon le type de traitement.

Type de traitement	Effectif	Pourcentage (%)
Médical	27	18
Chirurgical	2	1,33
Médico-chirurgical	121	80,67
Total	150	100

Dans la majorité des cas le traitement était médico-chirurgical avec une fréquence de 80,67.

Tableau XIV: Répartition des patients selon le type de traitement médical.

Traitement médical	Effectif	Pourcentage (%)
Antibiotique + Antalgique + Antiseptique	86	57,33
Antibiotique +Antalgique +Antiseptique + Soluté	53	35,33
Antibiotique +Antalgique+ Glucocorticoïde	5	3,33
Antibiotique +Antalgique +Antiseptique + Soluté + Vitaminothérapie	6	4
Total	150	100

Le traitement par antibiotique, antalgique et antiseptique a été le plus représenté soit 57,33% des cas.

Tableau XV: Répartition des patients selon le traitement chirurgical.

Traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage (%)
Incision et drainage	4	2,67
Extraction dentaire	40	26,67
Traitement endodontique	13	8,67
Incision et drainage + Extraction dentaire	80	53,33
Incision et drainage+Extraction+ttt parodontal	8	5,33
Incision et drainage+ ttt parodontal	5	3,33

Total	150	100
-------	-----	-----

L'incision et drainage + l'extraction dentaire a dominé dans 53,33% des cas.

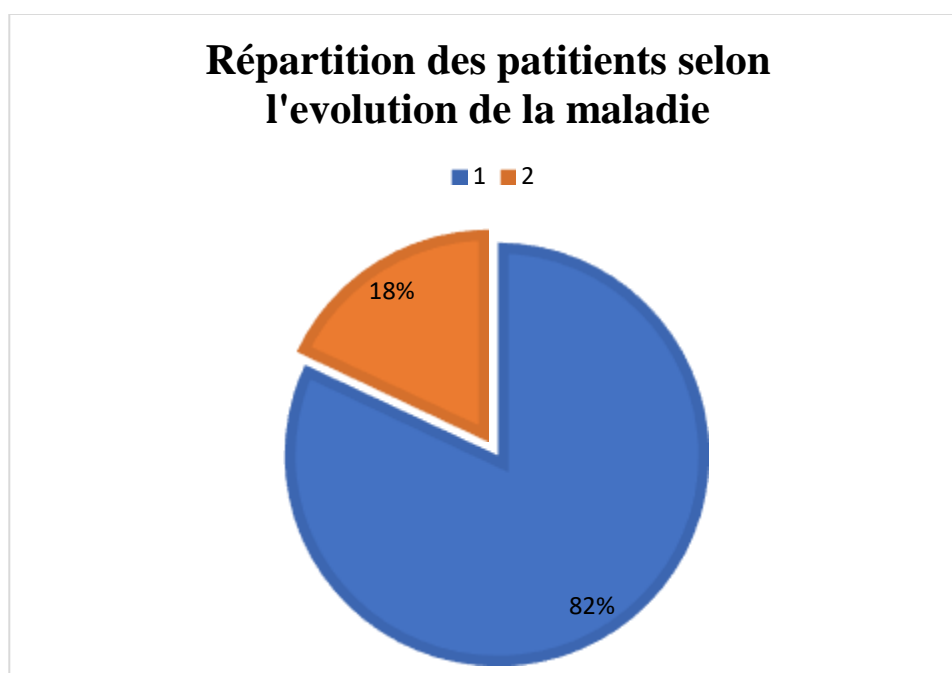
Tableau XVI: Répartition des patients selon le type d'anesthésie.

Type d'anesthésie	Effectif	Pourcentage (%)
Locale	89	59,33
Loco-régionale	61	40,67
Total	150	100

L'anesthésie locale a été la plus représentée, soit 59,33% des cas.

Répartition des patients selon le lieu d'intervention.

*Tous nos patients ont été pris en charge sur le fauteuil dentaire.



1 : Guérison

2 : Décès

Figure 21 : Répartition des patients selon l'évolution de la maladie.

La majorité de nos patients a eu une évolution favorable, soit 82% des cas.

COMMENTAIRES

ET

DISCUSSION

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

- **Fréquence :**

Nous avons colligés au cours de notre période d'étude un effectif total de 1246 patients dont 150 patients présentant des cellulites péri-mandibulaire ont constitués notre échantillon soit une fréquence de 12,04%. Notre résultat est supérieur à celui de **BENGONDO[43]** qui a trouvé dans son étude une fréquence de 10,1% de cellulites et phlegmons d'origine dentaire au CHU de Yaoundé en 2006. Cette différence pourrait s'expliquer par le choix du lieu d'étude. Elle pourrait être aussi due à la méconnaissance de la maladie par nos populations qui conduit souvent à des retards de consultations entraînant des complications graves qui pouvant engagé le pronostic vital du malade. L'aspect tradithérapie et les considérations mystiques autour des dents peuvent être

également des facteurs favorisant entraînant la survenue de ces cellulites péri-
mandibulaires.

➤ **Données sociodémographiques :**

• **Sexe :**

Dans notre étude, le sexe masculin a été le plus représenté avec une fréquence de **54,67%**.

Nos résultats sont différents de ceux de **Sangaré S.Y** et **Traoré M** [44, 45], qui ont trouvé respectivement dans leurs travaux une fréquence de 58,7% et 57,38% dans la gent féminine. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les femmes se préoccupent beaucoup de leur santé en général par rapport aux hommes, elles consultent au moindre signe de la maladie, d'où une prévention aux complications de la maladie carieuse comme les cellulites péri-
mandibulaires.

• **Age**

Dans notre étude, la tranche d'âge 21-30 ans était la plus atteinte dans 30,67% des cas. La moyenne d'âge a été de 40,5 ans. Nos résultats sont similaires à ceux de **Kampo. B** qui avait trouvé également une tranche d'âge 21-30 ans dans son étude en 2014.

Cet âge correspond à la période où l'emprise des parents est pratiquement nulle pour veiller à une bonne hygiène bucco-dentaire.

• **Ethnie**

La répartition de nos patients selon l'ethnie nous a prouvé que le bambara était le plus représenté avec 43,32% des cas.

KOUYATE .N dans son étude au CHU-OS en 2006, a rapporté également que l'ethnie bambara était la plus représentée avec 28,85% des cas [10].

Cela peut s'expliquer par la dominance des bambaras dans la localité qui ont toujours des considérations par rapport à la tradithérapie. Cette tradithérapie entraîne souvent des retards de consultations pouvant provoquer des complications redoutables.

- **Profession**

Les femmes ménagères étaient les plus concernées dans 25,33% des cas. Ces résultats sont similaires à ceux des travaux de **MIBINDZOU** [9] et de **DIAWARA F** [46] qui ont retrouvé respectivement dans leurs séries d'études une fréquence de 28,6% et de 28,40% de cas de femmes au foyer. Cela s'expliquerait par le fait que cette couche de femmes ménagères est très démunie et arrivent difficilement à payer leurs ordonnances d'où une exposition aux différentes complications.

- **Provenance**

Dans notre étude, la majorité de nos patients résidait à Kati soit 70% des cas. Ces résultats sont inférieurs à ceux de **Sangaré S.Y** [44] qui a retrouvé une fréquence de 88,52% et pourrait s'expliquer par le fait que l'étude a eu lieu au CHU- Kati, qui demeure un centre de référence de premier niveau pour la prise en charge de ces pathologies.

- **Mode de recrutement**

La majorité des patients a été référé soit 59,33% des cas. Ce résultat est différent de celui de **Kampo B** [11] en 2014, où les patients sont venus d'eux même dans 89,92% des cas. Cette supériorité peut s'expliquer par le fait que la plus part de nos patients sont en général orienté vers les centres de santé communautaire.

- **Délai de consultation**

Dans notre étude le délai de consultation 3 à 7 jours a été le plus observé chez la majeur parti de nos patients soit 65,34% des cas

Notre résultat est conforme à celui de **KONE. Men** 2015 au CHU-OS [47] qui a aussi trouvé dans son étude un délai de consultation de 3 à 7 jours mais avec un

taux de 79,41% des cas. Ces résultats sont différents de ceux de **SARR A B** [48] au Sénégal qui a trouvé un délai de consultation de 5 à 15 jours avec 31,60% des cas et de **DIAWARA F** [46] au Mali qui a trouvé un délai de consultation de 7 à 15 jours avec 59,90% des cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que certains patients font l'automédication et ou la tradithérapie avant de se rendre à l'hôpital pour une meilleure prise en charge.

- **Motif de consultation**

La douleur et la tuméfaction ont été le motif de consultation le plus représenté, soit 68,67% de cas.

Notre résultat est différent de celui de **CARLOT E** [49] qui a trouvé dans son étude que le principal signe fonctionnel ayant amené les patients à se présenter aux urgences était la présence d'une tuméfaction, douloureuse à la palpation, au niveau facial et / ou d'un trismus chez 25 d'entre eux (50%).

Kampo .B [11] avait trouvé 59,69% de cas. En plus de la douleur, la tuméfaction entraîne une inquiétude et une motivation à la consultation.

Ceux-ci pourraient s'expliquer par le fait que la douleur reste toujours l'un des principaux motifs de consultation en odonto-stomatologie, et certains patients ne consultent que lorsque cette douleur devient insupportable. Elle est souvent accompagnée de tuméfaction qui peut évoquer la gravité de l'infection.

- **Stade**

Le stade suppuré a été un diagnostic couramment représenté avec un taux de 51,33% de cas. Le stade suppuré explique la gravité de l'infection. Il est aggravé aussi souvent par la tradithérapie et l'automédication, et tout cela suite à un retard de consultation.

- **Etiologie**

Les dents étaient en cause dans 91,33% des cas. Ce résultat est différent de celui de **KAMPO B** qui avait trouvé 90,31% de cas pour les molaires inférieures. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'au cours de l'élaboration de

notre fiche d'enquête nous nous sommes beaucoup plus intéressé à l'étiologie de la survenue des cellulites péri-mandibulaires qu'aux types de dents concernées.

- **Siège**

Le siège des cellulites était génienne basse dans 76,67% des cas.

Notre résultat est différent de celui de **KOUYATE N [10]** qui avait trouvé dans son étude en 2006 une atteinte plus fréquente dans la région masseterine (78,85% des cas). Cette différence pourrait s'expliquer par le type et le nombre de dents concernées par l'affection.

- **Bilan radiologique**

Dans notre étude, **44,77%** des patients ont réalisés l'examen radiologique.

Notre résultat est inférieur également à celui de **Traoré M [45]** chez qui la radiographie en incidence Blondeau présentait **98,7%** des cas. Cette différence pourrait s'expliquer par la non disponibilité de certains type de radiographie dentaire au CHU-BSS de Kati tel que la radiographie retro-alvéolaire et la radiographie panoramique

Ces examens étaient complémentaires et nécessaire comme aide diagnostic.

- **Bilan biologique :**

La majorité de nos patients a effectuée un bilan biologique avec un taux de 89,33% des cas. La plupart de nos patients ne connaissait pas leur antécédent médical et ce bilan peut aider à déceler une quelconque pathologie.

- **Pyo-culture :**

Presque la totalité de nos pyo-cultures était septique dans 90,67% des cas.

Ceux-ci pourrait s'expliquer par le fait que la cavité buccale est l'un des sites les plus septiques et aussi un meilleur milieu de culture pour l'ensemble des micro-organismes (température constante, humidité permanente, approvisionnement régulier).

- **Lieu de soins**

Les soins ambulatoires ont été les plus représentés soit 75,33% des cas. Cela pourrait s'expliquer par le manque de pavillon d'hospitalisation pour la jeune unité de COMF .

➤ **Aspects thérapeutiques :**

Le traitement médico-chirurgical était le plus effectué soit 80,67% des cas.

Le traitement est basé sur une antibiothérapie associée à l'élimination de l'étiologie, c'est-à-dire au traitement de la dent causale.

Notre attitude thérapeutique diffère de celle de **Traoré M [45]**, **Yehouessi-Vignikin B et Vodouhe S.J[50]**, **Ferrand et al. [51]** puis **de Pessey et al. [52]** qui ont utilisé le traitement médical et ont trouvés respectivement **74,4% ; 99,2% ; 90,7% et 91,5%**de cas.

Ce résultat peut s'expliquer par la prise en charge tardive de la maladie dans notre cas.

• **Traitement chirurgical :**

Le traitement chirurgical avec incision, drainage et extraction de la dent causale a été le plus représenté avec un taux de 53,33% des cas. Ce type de traitement représente aussi la principale modalité thérapeutique pour les formes suppurées.

• **Type d'anesthésie :**

L'anesthésie locale a été utilisée dans la majorité des cas (59,33%) au cours de la prise en charge chirurgicale (incision, drainage, extraction).

• **Evolution de la maladie :**

Dans 82% des cas, nos patients ont été guéris. Ceci peut s'expliquer par une prise en charge adaptée des cellulites malgré le retard du diagnostic dans notre contexte.

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

1-CONCLUSION :

Les cellulites péri-mandibulaire sont des complications des pathologies de l'odonte ou du parodonte en absence d'un traitement adéquat.

La pathologie était surtout fréquente dans sa forme suppurée avec une préférence de localisation génienne basse. La cause était le souvent dentaire.

L'automédication et la tradithérapie sont des facteurs expliquant la consultation tardive au service dont le délai de consultation est souvent supérieur à deux jours. La prise en charge a été surtout médico-chirurgicale.

La prévention repose sur la sensibilisation de la population et sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire

2-RECOMMANDATIONS :

Aux vues de nos résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

A l'endroit des autorités politiques et administratives :

- Initier et favoriser les actions de recherche sur les pathologies stomatologiques ;
- Inciter les étudiants et chercheurs (médecins) à mieux connaître cette pathologie afin de mieux orienter les patients vers les structures spécialisées.
- Améliorer les conditions de diagnostic en formant des spécialistes en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
- Créer des services spécialisés de chirurgie maxillo-facial dans les régions pour rapprocher les compétences de la population ;
- Informier, éduquer et sensibiliser la population sur la cellulite peri-mandibulaire et l'orienter vers les structures spécialisées.

☐☐ Aux personnels médicaux et paramédicaux :

-Sensibiliser les autorités socio sanitaires pour une attention plus particulière vis-à-vis de la cellulite péri-mandibulaire et stimuler la formation des agents a la prise en charge de la maladie ;

-Proscrire toute thérapie aveugle en l'absence de diagnostic précis ;

-Référer les cellulites péri-mandibulaires aux spécialistes(COMF).

☐☐ A l'endroit de la population :

-Suivre correctement les conseils, les traitements et les directives donnés par les prestataires de santé.

-Avoir une bonne hygiène buccodentaire.

-Eviter l'automédication.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-Jacques Quevauvilliers. Dictionnaire médical 6^e Edition, 2009, Elsevier Masson S.A.S, page 170.

2-Aga I, Popescu LD, Alexandre Alpy A, Popescu MA. Drainage chirurgical par voie cutanée : à propos d'un cas de cellulite sous mandibulaire. EDP Sciences, 2016 ; DOI :10.1051/sfco/20166402013.

3-Peron Jm Et Mangez Jf. Cellulites et fistules d'origine dentaire. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Stomatologie/Odontologie, 22-033-A-10, 2002, 14 p.

3-Itiere Odzili Fa Et Al. 67 cases of face and neck cellulitis managed at the Brazzaville Teaching Hospital. Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Ora 2014; 115(6): 349-52.

5-Ch Bertolus. Cellulite cervico-faciale Urgences 2011 sfmu conférence : infections cutanées. Rev. Odontostomatol. Tropical. 1991 ; 14 (4) : 17-20.

6-Sarr A. B. Aspects clinique et thérapeutique des cellulites périmaxillaires dans le département de MBACKE. Thèse : Chir. Dent. : 2007 ; N°04

7-Hounkpe Yyc, Oussa Gb, VodouheSj, BabagbetoMj, MedjiAlp, BassabiSk. Les cellulites cervico-faciales : à propos de 55 cas colligés dans les services

D'ORL et d'Ophtalmologie du CNHU de Cotonou. Médecine d'Afrique Noire 1990, 37 (1) : 31-34

8-S. Benzarti, Et Coll. Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire.

Tun ORL-n°19 Décembre 2007 p. 24-28

9-Madame MibindzouGiseleOgouligendeIndjele. Cellulites cervicales extensives, une expérience de prise en charge sur 21 cas en ORL de Novembre 2004 à Octobre 2005. Thèse de Méd N°249.

10-Kouyate N. Contribution à l'étude des cellulites péri-maxillaires d'origine dentaire dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du Centre National d'Odonto-Stomatologie de Bamako. Thèse Méd 2006 N°351.

11-Bokary Kampo. : cellulites péri-mandibulaires au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale au chu-os. Aspect épidémiologique, clinique et thérapeutique (258 cas). 2014 ; Thèse 14M272.

12- Gaillard A. Cellulites et fistules d'origine dentaire-Encyclopédie Médico-chirurgicale. (Paris-France), Stomatologie, 22033 A-10-2-1989, 10p.

13-Gaillard A. Polycopiés de stomatologie. DCEM stomatologie 1987: 24-33

14-Benbouzid M. A., Benhyammou A., El Messaoudi A., Jazouli N. Kzadri M. Les cellulites cervico-faciales : à propos de 8 cas ; Rev. Odontostomatol 1999 ; 10 (4) : 11-18.

15-College Français De Chirurgie Maxillofaciale Et De Stomatologie. Les lésions dentaires et gingivales. Université Claude Bernard de Lyon 2005 : 31p.

16-Dent-Wikipedia. Description dent et parodontite. www.wikipédia.org/wiki/dent-51, dernière modification 30 juin 2013. (Consulté 12 Juillet 2013)

17-Diatine S. Les cellulites aiguës diffuses du plancher de la bouche. Thèse de Chir. Dent. Dakar 1988; n°21: 161 p.

18-Parhiscar A, Har – El G « Deep neck abcess» retrospective review of 210 cases. Oto-rhino-laryngologie 2001 ; 110 = 1051 – 1054.

19-Societe De Pathologie. Société Infectieuse de Langue Française et Société Française de Dermatologie. Conférence de consensus. Erysipèle et fasciite nécrosante= prise en charge- Méd Mal Inf 2000 ; 30 =241-245.

20- Deroux. Complications des infections dentaires. Revue médicale de Bruxelles 2009; 22: 289-295.

21-Laroque G Et Coll. Cellulites infectieuses. **Médecine d’Afrique noire** 1993,40(11).

22-Dilu N., Kandi K., Syebel K., Muvova L. Les cellulites d’origine dentaire à Kinshasa : aspects étiologiques. Rev. Odontostomatol tropical 1998 ; 10 (4): 140-144.

23-Agence Française De Sécurité Sanitaire Des Produits De La Sante. Prescription des antibiotiques odontologies et stomatologie : recommandation et Argumentaire. Méd. Mal infect 2002 ; 32 = 125-160.

24-Akallal N., Achir A., Regragui W., Farik M. Zidouh S., Benchekroun B. A. La cellulite cervico-médiastinale nécrosante: un diagnostic à ne pas méconnaître. Rev. Pneumol. Clin. (Paris) 2002 ; 58 (6) : 355-358.

25-Diombana M. L., Haidara O. D., Küssner H. Ly O. Sangare, Simaga S. Y. Étude épidémiologique de la carie dentaire en milieu scolaire à Kati Bilan CAO, et fréquence globale). **Médecine d’Afrique noire** 1998 ; 45 (1) : 47-50.

26-Amrane et coll dans fmc/spécialité médicales et chirurgicales/ orl : Etudes menées sur les cellulites péri-maxillaires d’origine dentaire. (Google.fr. Consulté 12 Juillet 2013)

27-Fave A. Les cellulites cervico-faciales d’origine dentaire. Encyclo. Méd. Chir. (Paris) 1966 ; 22033A10: [20 pages].

28-Ruckauskas J S. Oral infection. Infection Dis clin North Am 1999; 13 = 757 – 923.

29-,Badof, Fleuridas G, Lockhart, Chikhanil, Favre – Dauvergne F, Bertrand J C Et Al Cellulite cervicales diffuses, à propos de 15 cas. Rev stomatologie chirurgie Maxillo-faciale 1997 ; 98 = 266 – 268.

30-Whitesides L, Cotto-Cumba C, Myers Ram .Cervical necrotizing fasciites of odontogenicorigin : cases .J Oral Maxillofac Surg 2000 ; 58 = 144-151.

31-Alharrar R., Rachidi M., Hamoudi D., Bouderkam. A., Harti A. Complication de l'intubation trachéale : cellulite cervicale grave. Ann. Fr. Anesth. Réanim. 2006; 25 (2): 210-212.

32-Assa. A., Adoua. A., Crezoit. G., Et All. Les cellulites diffuses et anti-inflammatoires. Revue du COSA- chirurgie maxillo-faciale 1996; 3 (3): 25-27.

33-Daniel A., Guerry A., Gousset C., Potel G. Étude comparative clarithromycine contre l'association métronidazole- spiramycine dans les infections dentaires. Méd. Mal. Infect. 1999; 29: 462-466.

34- Images du service du chirurgie maxillo-faciale.

35-Fall T. M.Évaluation des besoins en santé bucco-dentaire de fin de cycle primaire de la commune de Diourbel (à propos de 1000 enfants). Thèse: Chir. Dent. Dakar 2003; n°5.

36-Gadegbeku S., Crezoit G. E., Aka G., K. F., Outtarab. Les cellulites et phlegmons maxillo faciaux graves en milieu Africain Revue du COSA-CMF 1995 ; 2 (2) : 8-11.

37-Gaillard A. Polycopiés de stomatologie. DCEM stomatologie 1987: 24-33

38-Dela fosse B., Motin J. Oxygène hyperbare. Conférences d'actualisation: Service d'anesthésie réanimation, hôpital Edouard Herriot. Elsevier, Paris, et SFAR 1996: 669-687.

39-Dubreuil L., NEUT C. Optimization of the empiric therapy of cervicofacial cellulitis: microbiological argued points. Médecine Buccale chirurgie buccale 2005 ; 11 (1) : 7-15.

39-Bado F., Fleuridas G., Lockhart R., Chikhani L., Favredauvergne E., Bertrant J. C., Guilbert F. Cellulites cervicales diffuses à-propos 15 cas Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 1997 ; 98 (4) : 266-268.

40-Eya'ane M, Toure B, Ngonu E, Kamdem T. La pauvreté et l'ignorance : les causes de consultations tardives en Odontostomatologie au CHU de Yaoundé. Rev. Odontostomatol. Tropical. 2001 ; 24 (94) : 11-14.

41- Dechaume M. « Complications cellulaires des infections dentaires et péri dentaires. Précis de stomatologie. Paris : Masson, 1966 = 323-362.

42-Kaba M, Cadas, Miquel J L. Cellulite péri maxillaire à l'hôpital provincial de Mouilla(Gabon). Etude rétrospective de 3 ans (janvier1989-2 janvier1992) Revue Stomatologie, 324 A-75-83

43-Doumbe A. D. L'actinomyose cervico-faciale. Thèse Chir. Dent. Dakar 1988 ; n°19.

44-Soumaïla Youssouf SANGARE. Aspects epidemio-cliniques et thérapeutiques des sinusites maxillaires au chu prbocarsidySall de kati ;2019 : Thèse 19M122.

45-TRAORE Mariétou. Etude des sinusites maxillaires au CHUOS de Bamako. Bibl Fac Médecine Pharm D'Odontostomatologie. 2010 2011 ;

46-DIAWARA F.

Etude épidémiologique et clinique des cellulites du plancher buccal dans le CHU-OS Bamako : à propos de 102 cas.

47-KONE M.

Cellulites diffuses à extension cervico-thoracique d'origine dentaire au CHU-OS de Bamako à propos 34 cas ;

48-SARR B.

Aspect clinique et thérapeutique des cellulites péri-maxillaire dans le département de MBACKE ;

49-CARLOTE E.

Etude d'une nouvelle approche thérapeutique des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire : à propos 50 cas

50-Yehouessi-Vignikin, S.-J. Vodouhe. Sinusites maxillaires : 1752 cas en ORL au CNHU de Cotonou, Bénin_B. Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, CNHU Cotonou 01, BP 386, Cotonou, République du Bénin MOTS. Annales françaises d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale (2013) 130, 189-194.

51-Ferrand PA, Mercier CH, Jankowski R, et al. Sinusites aiguës de l'adulte : prise en charge par les médecins généralistes. PresseMed2001; 30:1049-1054.

52-Pessey JJ, Coste A, Lenay-Bouزيد D. Barbaza M-O.Répartition nosologique des épisodes de sinusite aiguë présumée infectieuse vue en pratique libérale par les ORL. Lett ORL Chir Cervico fac 2004 ; 292 :22-26.

VI-ANNEXES

6.1. FICHE D'ENQUETE

N°

ETAT CIVIL

Q1-Sexe :

1-Masculin 2-Feminin Q2-Age :ans

Q3-Ethnie :

Q4-Occupation :

Q5- Nationalité :

Q6- Résidence (Provenance) :

SUIVI HOSPITALIER

Q7-Mode de recrutement :

1-Refere (e)2-Evacue (e) 3-Venu(e) de lui-même 4-Sur recommandation

Q8-Motif de consultation.....1=Douleur

2=Tuméfaction 3= Trismus 4=Fistule

5=1+2 6=1+2+3 7=1+2+3+4 8-Autres

Q9-Délai de consultation :

1-< 3 jours 2- De 3 a 7 jours 3-De 8 a 14 jours 4-Plus de 14 jours

Q10-Traitement reçu :.....

1-Traditionnel 2- Automédication 3-Medical

Q11-Siège :

1 = Genienne basse2 = Masseterienne3 = Sus mylohedienne 4 = Postérieur

Q12- Dent causale :

1-Dent 2-Autres causes

Q13-Fistule :.....

1-unique 2- multiple3-muqueuse 4-cutanee

Q14-Examen(s) complémentaire(s):.....

1. Bilan biologique (NFSS ; tauxHb ;glycemie ; pyoculture)

3- Bilan radiologique (Panoramique ; Face basse)

Q15-Stades de cellulites.....

1-Cellulite séreuse 2- Cellulite suppurée

3-Cellulite chronique

Q16-Lieu de soins

1-Hospitalisation 2- En ambulatoire

Q17-Traitement.....

1. Médical2. Chirurgical3. Médico-chirurgical4. Abstention

Q18-Traitement médical :.....

- 1-Antibiotique 2-Anti-inflammatoire non stéroïdien 3-Glucocorticoïde
4-Antalgique 5-Antiseptique 6-Serum 7-Vitaminotherapie
- Q19-Type chirurgical :
- 1-Incision et drainage 2-Extraction dentaire
3-Traitement parodontal 4-Traitement endodontique
- Q20-Type d'anesthésie :
- 1-Locale 2-Loco-regionale 3- Générale
- Q21-Lieu de l'intervention :
- 1-Fauteuil dentaire 2- Bloc opératoire
- Q22-Suivi du traitement :
- 1-< 2 semaines 2- ≥ 2 semaines
- Q23-Evolution :
- 1-Guérison 2-Décès

6.2. FICHE SIGNALETIQUE

Prénom : Alpha

Nom : SONFO

Thème de la thèse : Cellulite péri-mandibulaire au service d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale au CHU-BSS de Kati Aspect épidémiologique, clinique et thérapeutique

Période d'étude : Février 2020 à Aout 2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Adresse téléphonique : +223 70 10 08 17

Adresse E-mail : sonfoalpha95@gmail.com

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS, Bibliothèque du CNOS

Secteur d'intérêt : Stomatologie, ORL, Chirurgie cervico-faciale, Chirurgie générale et Infectiologie

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.