

Bamako

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI  
*Un Peuple- Un But- Une Foi*



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

*Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie*

**FMOS**

Année Universitaire : 2021-2022

N°...../

**THESE**

**Étude des facteurs de risque dans la survenue  
des cellulites d'origine dentaire au Centre  
Hospitalier Universitaire-Centre National  
d'Odonto-Stomatologie de Bamako**

Présentée et soutenue publiquement le ...04.../...06.../2022  
Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

**M. BABA DIORE SISSOKO**

Pour obtenir le grade de Docteur en Chirurgie Dentaire  
(Diplôme d'État)

**Jury**

**Président :** Prof. Boubacar BA  
**Membres :** Dr Kadia KEITA  
**Co-directeur :** Dr Abdoulaye KASSAMBARA  
**Directeur :** Prof. Ousseynou DIAWARA

# DEDICACES

## **DÉDICACES**

Nous rendons grâce à Allah Le Tout Puissant, Le Clément et Le Miséricordieux de nous avoir donné la santé, le courage et la force de mener à bout ce travail. Nous implorons Dieu, qu'il nous guide sur le droit chemin tout en nous accordant santé et longévité.

Nous dédions ce travail à :

• **Notre père** : Aboubacar Garba Sissoko

Toi qui nous avez inculqué le savoir vivre et le savoir être, ton honnêteté, ta fierté, ta foi, ton amour pour ta famille et ton courage nous ont vraiment impressionné. Ce travail est dédié à toi et à ta famille. Que le bon Dieu te garde longtemps en bonne santé auprès de nous. Amen.

• **A notre mère** : Korotoumou Dembélé

Douce mère, tendre mère, vénérable mère, maman nous ne savons pas comment te remercier pour ton respect et ta disponibilité pour ta famille. Tu as été la pierre angulaire, le maillon le plus fort de ta famille, tu as été pour nous la mère qui nous a comblé de bonheur, de joie, d'attention, de tendresse et d'admiration durant toute ton existence. Ce travail est aussi le tien, merci pour tout ce que tu as fait pour nous et ta famille.

Notre crainte a toujours été de te décevoir, ne jamais oublier ce que tu as fait pour nous et nous espérons que tu seras fière de nous. Puisse le seigneur t'accorder longue vie, amour et prospérité.

**•La mémoire de nos grands-parents** : Feu Baba Dioré Sissoko et Korotoumou Diarra,

Grand père nous vous garderons toujours en pensée, même si aujourd'hui vous n'êtes plus parmi nous pour jouir du fruit de notre travail, mais dans notre cœur grandissent les principes que vous y avez semé dans la paix, grand-père que la terre te soit légère, Amen.

Grande mère un grand merci pour tous vos conseils.

# REMERCIEMENTS

## **REMERCIEMENTS**

Nous adressons nos remerciements :

- **A l'Afrique toute entière.**

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.

- **A ma patrie le Mali :**

Tu nous as vu naître, grandir et tu nous as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une éducation. Tu nous as donné un savoir incommensurable.

- **Nos oncles :** Youssouf SISSOKO, Adama SISSOKO :

Merci pour votre affection et de votre soutien tout au long de mes études. Vos conseils et vos encouragements nous ont beaucoup servi au cours de ce travail.

Trouver ici l'expression de notre profond attachement. Puisse Dieu vous donner une meilleure santé et vous maintenir à nos côtés pendant longtemps.

- **Nos tantes :** Assitan SISSOKO, Mme SISSOKO kany DIALLO, Tante Adiarra, Tante Rokia :

Un grand merci à vous pour vos sages conseils et encouragements.

- **A notre chère femme :** Mme SISSOKO Aya BARRY

Nous ne saurons comment te remercier pour les efforts, les conseils et l'amour que tu as pour moi. Nous te remercions infiniment.

La réussite est un long chemin de parcourt.

- **Nos frères et sœurs :** Youssouf, Mama, Amara, Mamadou et Diakaridia :

Vous m'avez donné le goût de la fraternité. Merci à vous bon courage et bon courage à vous tous, ce travail est aussi le vôtre

- **Au corps professoral, au décanat de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) de Bamako :**

Pour l'intérêt que vous accordez aux étudiants en plus de la qualité de l'enseignement dispensé

- **Au personnel de Centre National d'Odonto-Stomatologie, Centre Hospitalier Universitaire de Bamako :**

Feu Pr Hamady TRAORE, Pr Boubacar BA, Dr Amady COULIBALY, Dr Alphousseiny TOURE, Dr KONE Rokiatou, Dr KEITA Kadia, Dr Abdoulaye KASSAMBARA et Dr Yaya SISSOKO.

Chers maîtres, votre rigueur scientifique, vos qualités humaines et votre amour pour le travail bien fait font de vous un espoir pour le Mali. Tout en vous souhaitant bonne santé et longue vie veuillez agréer l'expression de notre plus profonde reconnaissance.

Un grand merci au commandant Ousmane Maïga et toute son équipe.

- **Mr Boubacary TRAORE :**

Merci de nous avoir assisté convenablement et d'avoir fait de nous ce que nous avons voulu être aujourd'hui. Recevez nos sincères considérations et reconnaissances.

- **A tous les DES de stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale :**

Merci pour votre accompagnement et conseils.

- **A nos aînés de la filière odontostomatologie :**

Merci pour vos encouragements

- **Aux camarades de la 8<sup>ème</sup> promotion de la filière odontostomatologie :**

Le chemin a été long mais nous avons pu le parcourir ensemble avec beaucoup de sympathie, de cohérence sociale et de l'entente. Nous vous remercions pour le soutien et bonne chance à nous tous pour le reste.

- **Aux cadets de la filière odontostomatologie :**

Merci pour votre affection et votre sympathie. Persévérance et bonne continuation pour le reste.

- **Aux amis :**

Moussa TRAORE, Abdoul SAMAKE, Siaka KONATE, Seydou BENGALY, Moussa DIABATE, Zakaria SELLOU, Ibrahim TOGOLA, Bourama D COULIBALY, Yô MARICO, Mamadou DOUMBIA, Mariam SIMPARA, Fadimata ROUMBA, Souleymane TRAORE, Kamissa KONE, Job KONE et Alassane POUDIOUGOU: merci beaucoup pour votre disponibilité et vos encouragements.

- **Mes aînés,**

Dr Sangaré Fatogoma, Dr Maïga, Dr Coumaré Soumaila, Dr Bamba Mahamadou, Dr Boubou Gakou, Dr Dembélé L Hamidou, Dr Seydou B Sangaré, Dr Mariam Kané, Dr Mohamed Traoré et à tous les médecins avec qui nous avons eu à travailler.

- **Au Proviseur et aux enseignants du Lycée Dowélé Marico de Dioïla :**

Mr Seydou SISSOKO, Mr Konimba COULIBALY, Mr Kassim SAMAKE et Mr Sibiri TRAORE.

- **Aux maîtres du cycle fondamental :**

Mr Adoulaye MARICO le directeur, Mr Abdoulaye Sangaré, Mme Gogo Sylla : nous vous remercions pour votre courage et la qualité de votre encadrement, sans vous nous ne serions pas là où nous avons voulu être aujourd'hui.

- **Aux Amis de la Faculté :**

L'association des étudiants ressortissants de la région de Dioïla et sympathisants et l'association des étudiants de la région de Mopti et celle de Koulikoro, l'association des étudiants de l'odontostomatologie AEOS MALI et le comité AEEM : merci pour l'accompagnement et conseils.

- **A la grande famille RASERE :**

Merci pour l'accueil à la faculté, les cours de rattrapages et vos encouragements.

*Étude des facteurs de risque dans la survenue des cellulites d'origine dentaire au CHU-CNOS de Bamako*

HOMMAGES AUX MEMBRES DU  
JURY

**A Notre Maître et Président du jury :**

**Professeur Boubacar BA**

- **Maître de conférences de Chirurgie Buccale à la FMOS;**
- **Directeur général du CHU-CNOS**
- **Spécialiste en chirurgie buccale et oncologie oro-faciale;**
- **Praticien hospitalier au CHU-CNOS;**
- **Chef de service de chirurgie buccale du CHU-CNOS;**
- **Président du comité thérapeutique du CHU-CNOS;**
- **Ancien Président de la commission médicale d'établissement de CHU-CNOS;**
- **Coordinateur de l'enseignement d'odontostomatologie à L'INFSS de Bamako.**

**Cher Maître,**

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

Nous avons été marqués durant toute notre formation par votre accueil, votre simplicité et votre amour du travail bien fait.

Votre culture scientifique, votre compétence et vos qualités humaines ont suscité en vous une grande admiration, et sont pour vos élèves un exemple à suivre.

Que Dieu vous donne longue vie pour continuer à nous assister.

Veillez accepter, cher Maître, l'assurance de notre estime et notre profond respect.

**A Notre Maître et Juge :**

**Docteur Kadia KEÏTA**

- **Diplômée de Formation Médicale Spécialisée Approfondie en Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie à l'Université Pierre et Marie-Curie Paris VI**
- **Diplômée en carcinologie Chirurgicale Tête et Cou à l'Université Paris XI**
- **Spécialiste en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale**
- **Praticienne hospitalière au CHU-CNOS.**
- **Ancienne interne des hôpitaux de Bamako**

Chère Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre sens élevé de la pédagogie, votre abord facile, votre rigueur dans le travail bien fait et votre disponibilité, vos immenses qualités humaines font de vous un encadreur remarquable et admiré. Vous constituez pour nous un modèle de courtoisie, de gaieté, de jovialité, de simplicité et de cordialité. Veuillez retrouver ici, l'expression de notre profonde reconnaissance.

**A notre Maître et Co-directeur de Thèse :**

**Docteur Abdoulaye KASSAMBARA**

- **Maître assistant en stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale à la FMOS**
- **Spécialiste en stomatologie et en chirurgie maxillo-faciale**
- **Praticien hospitalier au CHU-CNOS**

**Cher Maître,** Nous ne vous dirons jamais assez merci, car vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre bonne humeur inaltérable et contagieuse, votre patience, votre disponibilité constante à partager la grande expérience scientifique que vous avez, votre rigueur dans le travail et surtout votre amour du travail bien accompli font de vous un maître exemplaire.

Soyez rassuré, très cher maître, de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

**A notre Maître et Directeur de Thèse :**

**Professeur Ousseynou DIAWARA**

- **Maître de recherche en parodontologie**
- **Diplômé de la faculté de Stomatologie de l'Institut de médecine de Krasnodar (Ex URSS)**
- **Spécialiste en santé publique Odontostomatologie de l'université Cheikh Anta DIOP de Dakar (U.C.A.D) ;**
- **Spécialiste en parodontologie de l'U.C.A. D de Dakar ;**
- **Praticien Hospitalier, Chef de service de parodontologie au CHU-CNOS de Bamako ;**
- **Enseignant- Chercheur, Formateur à l'INFSS de Bamako**
- **Chevalier de l'Ordre National du Mali**

**Cher Maître**, nous avons été émus par votre disponibilité, votre modestie, votre sens de responsabilité, votre exactitude scientifique, vos qualités humaines et pédagogiques qui font de vous un modèle à suivre. Merci de nous avoir acceptés parmi vos élèves, plus qu'un maître vous avez su être un père.

Soyez rassuré, cher Maître de notre entière disponibilité et de notre profonde gratitude.

## **LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS :**

**FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**FAPH** : Faculté de pharmacie

**AINS** : Anti-inflammatoire non stéroïdien

**ATB** : Antibiotique

**CHU-CNOS** : Centre Hospitalier Universitaire Centre National  
d'Odontostomatologie

**CRP** : Protéine C réactive

**GB** : Globule blanc

**IV** : Intraveineuse

**NFS** : Numération formule sanguine

**OPG** : Orthopantomogramme

**TP** : Taux de prothrombine

**TDM** : Tomodensitométrie

**VS** : Vitesse de sédimentation

**VIH** : Virus de l'immunodéficience Humaine

**AN/ RM** : Assemblée Nationale de la République du Mali

**Rx** : Radiographie

**Dr** : docteur

**Pr** : professeur

**EPA** : Etablissement public à caractère administratif

**EPH** : Etablissement public hospitalier

**DES** : Diplômes d'Etudes Spécialisées

**DG** : Directeur Général

**DGA** : Directeur Général Adjoint

**%** : Pourcentage + : Positif - : Négatif

**ORL** : Oto-rhino-laryngologie

**TP** : Taux de prothrombine

**TCK** : Taux de Céphaline Kaolin

**LISTE DES FIGURES :**

<b>Figure 1</b> : Ostéologie du crâne .....	22
<b>Figure 2</b> : Mandibule de l'adulte vue antéro latérale et supérieure .....	23
<b>Figure 3</b> : Muscle du cou : vue latérale .....	28
<b>Figure 4</b> : Veines superficielles du cou .....	32
<b>Figure 5</b> : Innervation de la face par le trijumeau .....	33
<b>Figure 6</b> : Coupe dentaire d'une molaire mandibulaire .....	35
<b>Figure 7</b> : Nomenclature dentaire .....	37
<b>Figure 8</b> : Cellulite nasogeniène haute .....	42
<b>Figure 9</b> : Cellulite sous-mylo-hyoïdienne .....	43
<b>Figure 10</b> : Répartition des patients en fonction du sexe .....	57
<b>Figure 11</b> : Répartition des patients en fonction de la résidence .....	58
<b>Figure 12</b> : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial .....	60
<b>Figure 13</b> : Répartition des patients selon l'hospitalisation .....	66

**LISTE DES TABLEAUX :**

<b>Tableau I :</b> Répartition des patients en fonction de l'âge .....	57
<b>Tableau II :</b> Répartition des patients en fonction de la profession .....	58
<b>Tableau III :</b> Répartition des patients en fonction du motif de consultation ...	59
<b>Tableau IV :</b> Répartition des patients en fonction du mode de recrutement ...	59
<b>Tableau V :</b> Répartition des patients en fonction du délai de consultation ...	59
<b>Tableau VI :</b> Répartition des patients en fonction du niveau d'instruction ...	60
<b>Tableau VII :</b> Répartition des patients en fonction de l'état général du malade.	60
<b>Tableau VIII :</b> Répartition des patients en fonction des antécédents Médico-chirurgicaux des patients. ....	61
<b>Tableau IX :</b> Répartition des patients en fonction du mode de vie .....	61
<b>Tableau X :</b> Répartition des patients en fonction du traitement traditionnel reçu avant la consultation .....	61
<b>Tableau XI :</b> Répartition des patients en fonction de la durée du traitement avant la consultation (en jours) .....	62
<b>Tableau XII :</b> Répartition des patients en fonction de l'automédication .....	62
<b>Tableau XII :</b> Répartition des patients en fonction de l'hygiène buccodentaire..	62
<b>Tableau XIV :</b> Répartition des patients en fonction du traitement médical reçu avant la consultation .....	62
<b>Tableau XV :</b> Répartition des patients en fonction du traitement traditionnel reçu avant la consultation .....	63
<b>Tableau XVI :</b> Répartition des patients en fonction de la durée du traitement avant la consultation (en jours) .....	63
<b>Tableau XVII :</b> Répartition des patients en fonction du type de cellulite .....	63
<b>Tableau XVIII :</b> Répartition des patients en fonction du siège de la cellulite ..	64
<b>Tableau XIX :</b> Répartition des patients en fonction de l'étiologie .....	64
<b>Tableau XX :</b> Répartition des patients en fonction des dents concernées .....	65
<b>Tableau XXI :</b> Répartition des patients en fonction des complications .....	65

<b>Tableau XXII</b> : Répartition des patients en fonction de l'hospitalisation .....	66
<b>Tableau XXIII</b> : Répartition des patients en fonction de la durée du séjour ...	66
<b>Tableau XXIV</b> : Répartition des patients en fonction de l'examen radiologique.....	66
<b>Tableau XXV</b> : Répartition des patients en fonction du type de traitement ....	67
<b>Tableau XXVI</b> : Répartition des patients en fonction de l'évolution .....	67
<b>Tableau XXVII</b> : Tableau croisé entre le type de cellulite et facteurs de risque.....	67

**TABLES DES MATIERES :**

<b>I-INTRODUCTION :</b> .....	<b>11</b>
<b>II-OBJECTIFS ET INTERÊTS :</b> .....	<b>13</b>
<b>A-Intérêts :</b> .....	<b>14</b>
<b>B- Objectifs :</b> .....	<b>15</b>
<b>B1- Objectif général :</b> .....	<b>16</b>
<b>B2- Objectifs spécifiques :</b> .....	<b>16</b>
<b>III-GENERALITES :</b> .....	<b>17</b>
<b>1-Definition :</b> .....	<b>18</b>
<b>2-Rappel Anatomique :</b> .....	<b>18</b>
<b>IV-ETUDES CLINIQUES :</b> .....	<b>37</b>
<b>V-TRAITEMENTS :</b> .....	<b>47</b>
<b>VI-METHODOLOGIE :</b> .....	<b>50</b>
<b>VII- RESULTATS :</b> .....	<b>55</b>
<b>VIII- DISCUSSION ET COMMENTAIRES :</b> .....	<b>68</b>
<b>IX- CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS :</b> .....	<b>73</b>
<b>X- ICONOGRAPHIES :</b> .....	<b>77</b>
<b>XI- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :</b> .....	<b>81</b>
<b>XII- ANNEXES :</b> .....	<b>86</b>
<b>RESUME :</b> .....	<b>89</b>

# **INTRODUCTION**

## **I. INTRODUCTION :**

Les cellulites cervico-faciales sont des infections des espaces aponévrotiques de la face et du cou caractérisées par une destruction progressive des aponévroses et du tissu adipeux. Elles peuvent engager le pronostic vital par la rapidité de leur évolution et la gravité des complications. L'étiologie de la cellulite est polyfactorielle. Les complications infectieuses aiguës dues à la mortification de la pulpe dentaire ou aux infections parodontales sont fréquentes et sont à l'origine de l'abcès au niveau des tissus mous. Ils se développent au niveau des espaces cellulaires remplissant les loges entourant la mandibule et le maxillaire. Ces loges communiquent entre elles, par l'intermédiaire de l'espace para-amygdalien, puis avec les grands espaces anatomiques de décollement qui s'étendent depuis la base du crâne jusqu'au médiastin ; c'est souligner le risque grave, voire vital, que représente la diffusion de ces abcès [1].

En France, l'incidence est d'environ 1/1 000 habitants par an en Île-de France [2]. En Afrique subsaharienne, dans une étude réalisée au Sénégal en 2007, la fréquence était de 187 cas sur les 10 770 consultations [3]. Au Mali quelques études ont été réalisées sur les cellulites cervico-faciales. Mme Mibindzou dans sa série sur les cellulites cervicales extensives dans le service d'ORL du CHU/Gabriel Touré a montré que la plupart des patients avait moins de 36 ans avec un pourcentage à 81% et à prédominance masculine [5]. Noumou Kouyaté dans son étude en 2006 a montré que les cellulites péri-maxillaires représentaient les 8,24% des consultations au centre national d'odontostomatologie de Bamako [6]. Mr M Koné dans son étude sur les cellulites à extension cervico faciale a trouvé une prédominance du sexe masculin de 73,53% des cas avec une fréquence hospitalière de 0,77% [7].

Les facteurs favorisants classiques de la cellulite retrouvés dans la littérature sont la grossesse, le post partum, l'infection par le VIH, la mauvaise hygiène

bucco-dentaire, les traitements immunosuppresseurs, les anti-inflammatoires, les tares tels que le diabète. La grossesse associée à une mauvaise hygiène bucco-dentaire constitue un principal facteur de risque [4].

La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens seuls ou en association avec un antibiotique dans les jours qui précèdent la survenue de la cellulite est aussi un facteur aggravant. Les complications infectieuses sont très fréquentes au cours du diabète et font toute sa gravité. Les patients diabétiques sont des patients à haut risque de sévérité pour les affections buccodentaires. Cette mortalité est liée non seulement à la septicémie qu'elles entraînent mais également au déséquilibre du diabète qu'elles induisent, [8].

Au Mali, peu d'études ont été réalisées sur les facteurs de risque des cellulites. C'est ainsi que la présente étude a été initiée en vue d'identifier les facteurs associés à la survenue des cellulites d'origine dentaire dans notre contexte en espérant qu'elle apportera une contribution à l'étude des cellulites.

# **INTERÊTS ET OBJECTIFS**

## **II- INTERÊTS ET OBJECTIFS :**

### **A. INTERÊTS :**

L'intérêt de cette étude réside dans le fait que, c'est :

- Une pathologie fréquente qui altère l'état général du patient, voire compromettre le pronostic vital
- Une pathologie méconnue par la population
- Une insuffisance de personnel qualifié pour la prise en charge
- L'aspect tradithérapeutique et des automédications d'où le retard de consultation stomatologique
- La prise en charge s'avère difficile

# **OBJECTIFS**

## **B. OBJECTIFS**

### **B1. Objectif général :**

Etudier les facteurs de risque dans la survenue des cellulites d'origine dentaire au CHU-CNOS de Bamako.

### **B2. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence hospitalière des cellulites d'origine dentaire
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patients atteints de cellulite d'origine dentaire
- Identifier les facteurs de risques des cellulites d'origine dentaire
- Décrire les aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques des cellulites
- Décrire le résultat du traitement des cellulites d'origine dentaire

# **GENERALITES**

### **III. GENERALITES :**

#### **1. Définition [9]**

La cellulite est une infection polymicrobienne des tissus cellulo-adipeux de la face et du cou ayant pour origine un organe dentaire ou des périodontaires. Elles sont fréquentes et surviennent en général chez les sujets en bonne santé et les déficits immunitaires n'y sont pas retrouvés de façon fréquente. Ils favorisent en revanche, l'apparition de cellulites gangréneuses, véritables fasciites nécrosantes au pronostic redoutable.

L'évolution de la cellulite passe par trois stades :

- Un stade séreux
- Un stade collecté ou suppuré
- Un stade diffus ou gangréneux

#### **2. Rappel anatomique**

##### **2.1 / Ostéologie cranio maxillo-faciale : [10]**

La tête est la structure osseuse la plus complexe du corps humain. Le squelette de la tête se divise en deux parties : le crâne ou neurocrâne et la face ou splanchnocrâne.

Les os du crâne entourent et protègent l'encéphale ainsi que les organes de l'ouïe et de l'équilibre, et fournissent des points d'attache aux muscles de la tête. Les os de la face assument plusieurs fonctions : ils forment l'ossature de la face ; ils ménagent des cavités pour les organes sensoriels de la vision, du goût et de l'olfaction ; ils procurent des ouvertures pour le passage de l'air et de la nourriture ; ils fixent les dents ; ils permettent enfin l'attachement des muscles faciaux responsables de l'expressivité du visage (traductions des émotions).

La plupart des os de la tête sont des os plats, tous les os de la tête adulte sont soudés par des articulations appelées sutures, sauf la mandibule qui est reliée au reste de la tête par une articulation mobile. Les lignes de sutures présentent un

tracé tortueux, en dent de scie, particulièrement visible sur les faces externes des os. Les principales sutures des os du crâne sont les sutures coronales, sagittales, squameuses et lambdoïdes.

La partie supérieure appelée voûte renferme l'encéphale, un isthme, la partie supérieure du bulbe rachidien ainsi qu'une partie du trajet des douze (12) nerfs crâniens qui en sont issus. Elle est composée de :

**Quatre (04) os impairs :**

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

**Deux (02) os pairs :**

- Le pariétal et,
- Le temporal

**2.2 Le squelette maxillo-facial : [11, 12]**

La face est constituée par des os irréguliers, elle renferme la partie initiale du tube digestif et des voies respiratoires et une partie des organes de sens. Le squelette de la face est placé au-dessous de la moitié antérieure du crâne. Elle est divisée en parties :

Une partie fixe : la mâchoire supérieure

Une partie mobile : la mâchoire inférieure ou mandibule.

Ces deux parties distinctes délimitent la cavité buccale.

**2.2.1 La mâchoire supérieure :**

Soudée en arrière à la base du crâne, elle est constituée de 13 os : 6 os pairs

- le maxillaire (1)
- le palatin (2)

- l'inguis (os lacrymal) (3)
- Cornet inférieur (4)
- l'os nasal ou os propre du nez (5)
- le malaire (zygomatique) (6)
- 1 os impairs : le vomer (7)

**1-Le maxillaire** : pièce maîtresse du massif facial supérieur situé au-dessus de la cavité buccale, entre dans la constitution des O3 plus grosses cavités de la face :

- Cavité orbitaire
- Cavité nasale
- Cavité buccale

Os pair, volumineux mais léger creusé d'une cavité pneumatique, le sinus maxillaire occupant les 2/3 supérieurs de l'épaisseur de l'os. Le maxillaire est formé d'un corps d'où se détachent quatre processus, zygomatique, frontal, alvéolaire et palatin. On décrit à chaque maxillaire :

○ **Face externe** :

Présente le long de son bord inférieur des saillies verticales ou jugums alvéolaires (répondent aux racines des dents)

Elle présente une dépression appelée fosse canine (voie d'abord du drainage chirurgical du sinus maxillaire)

Cette face est centrée par le processus zygomatique du maxillaire (apophyse pyramidale) qui s'articule avec l'os malaire, le plan supérieur de cet os forme le plancher de l'orbite.

- **Face interne** : Elle forme la paroi latérale des fosses nasales
- **Bord antérieur** : il est presque horizontal forme le rebord inférieur de l'orbite, se dirige verticalement en haut pour s'élargir en une apophyse

montante qui s'articule avec les os propres du nez et présente le bord inférieur

- **Bord inférieur** : est creusé d'alvéoles où s'implantent les racines des dents de la mâchoire supérieure.
- **Bord postérieur** : présente la tubérosité du maxillaire supérieur
- **Bord supérieur** : forme la partie du plancher de l'orbite

## **2- Le palatin :**

Complétant en arrière avec l'os maxillaire, il est composé de 02 lames soudées à l'angle droit :

- La lame horizontale : plongeant le processus palatin du maxillaire
- La lame verticale : participant à la formation de la paroi latérale des fosses nasales

## **3- L'unguis (os lacrymal) :**

Petit os, il contribue à former le sillon lacrymal et le canal lacrymo-nasal et participe à la constitution de l'orbite osseuse

## **4- Cornet inférieur :**

Une lame osseuse située à la partie inférieure de la paroi latérale des fosses nasales

## **5- L'os nasal (os propre du nez) :**

Les deux (2) os nasaux sont situés entre les processus frontaux des maxillaires formant la partie antérieure de la paroi supérieure des fosses nasales

## **6- L'os malaire (l'os zygomatique) :**

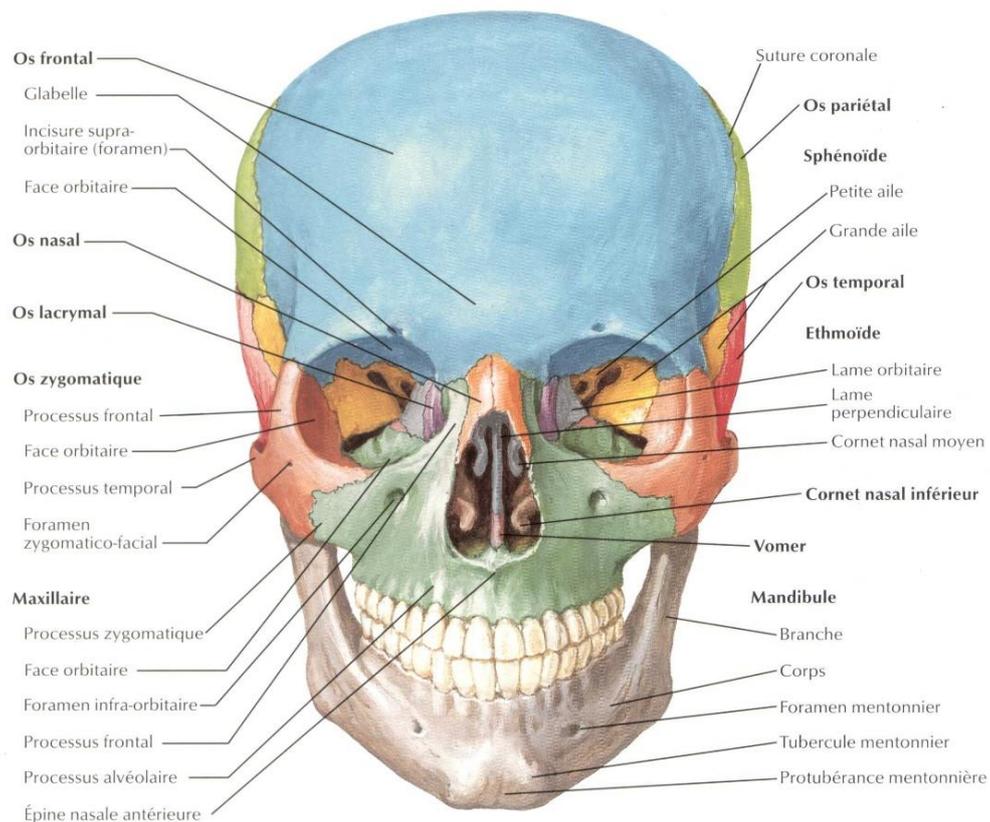
C'est l'os de la pommette situé à la partie latérale de la face entre le maxillaire et les 03 os du crâne

## **7- Le vomer :**

Le seul os impair du massif facial supérieur, une lame verticale sagittale située à la partie inférieure et postérieure du septum nasal. Il forme la partie postéro-inférieure de la cloison des fosses nasales (septum nasal).

L'ensemble de ces os forme la mâchoire supérieure, ce massif facial fixe est rattaché au crâne :

- Partie médiane : les os maxillaires et les os nasaux s'appuient sur l'os frontal et l'ethmoïde.
- En arrière, les maxillaires s'appuient sur les processus ptérygoïdes du sphénoïde.
- Latéralement : les os zygomatiques s'appuient sur les os temporaux, sur l'os frontal et sur les grandes ailes du sphénoïde



**Figure 1** : ostéologie du crâne [10]

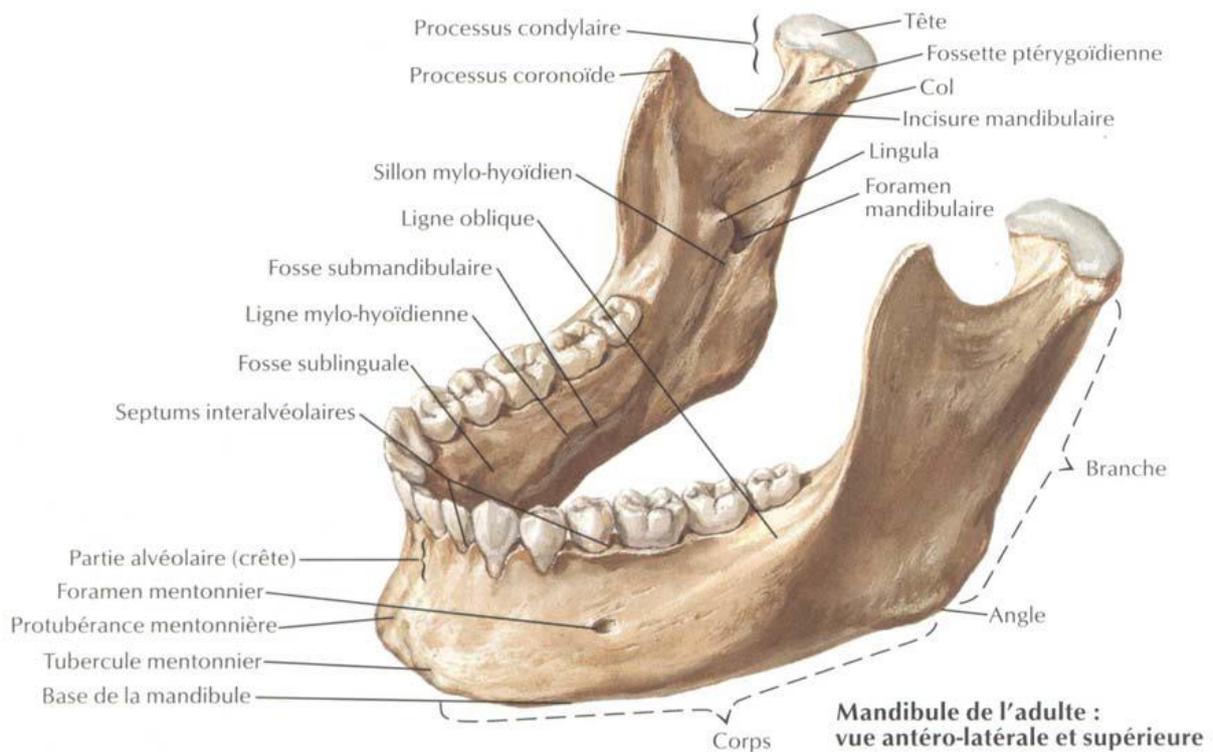
### **2.2.2 La mâchoire inférieure : [13]**

L'élément mobile de la face est formé d'un seul os : la mandibule ou maxillaire inférieure.

**1- La mandibule :** os impair, médian, articulé avec les os temporaux, il est le seul os mobile de la face. Il comprend :

- Un corps médian en forme d'arc à concavité postérieure.
- 02 branches montantes : lames osseuses aplaties et verticales qui se détachent à angles droit des deux (02) extrémités du corps.

La mandibule est rattachée à la mâchoire supérieure par l'articulation temporo-mandibulaire, la seule articulation mobile de la tête.



**Figure 2 :** Mandibule de l'adulte : vue antéro-latérale et supérieure [14]

### **2. 3 Myologie du massif maxillo-facial : [13]**

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.

### **2.3.1 Les muscles releveurs du maxillaire inférieur (mandibule) :**

- le masséter
- le temporal
- le ptérygoïdien externe
- le pterygoïdien interne (Médial)

### **2.3.2 Les muscles abaisseurs du maxillaire inférieur (mandibule) :**

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

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

### **2.3.3 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.

### **2.3.4 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 convergent vers les commissures labiales, ils sont disposés en deux plans :

Plan superficiel des dilatateurs qui se composent :

- du grand zygomatique
- du petit zygomatique
- du muscle triangulaire
- du risorius

Plan profond des dilatateurs qui comprennent :

- 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

**2.3.5 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

**2.3.6 Les muscles périorbitaires :**

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

**2.3.7 Les muscles péri-auriculaires :**

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

**2.3.8 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 :

#### **2.3.8.1 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.

#### **2.3.8.2 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.

#### **2.3.8.3 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 myrtilforme

- l'orbiculaire des lèvres

#### **2.3.8.4 Mimique de l'émotion**

Met en action quatre muscles :

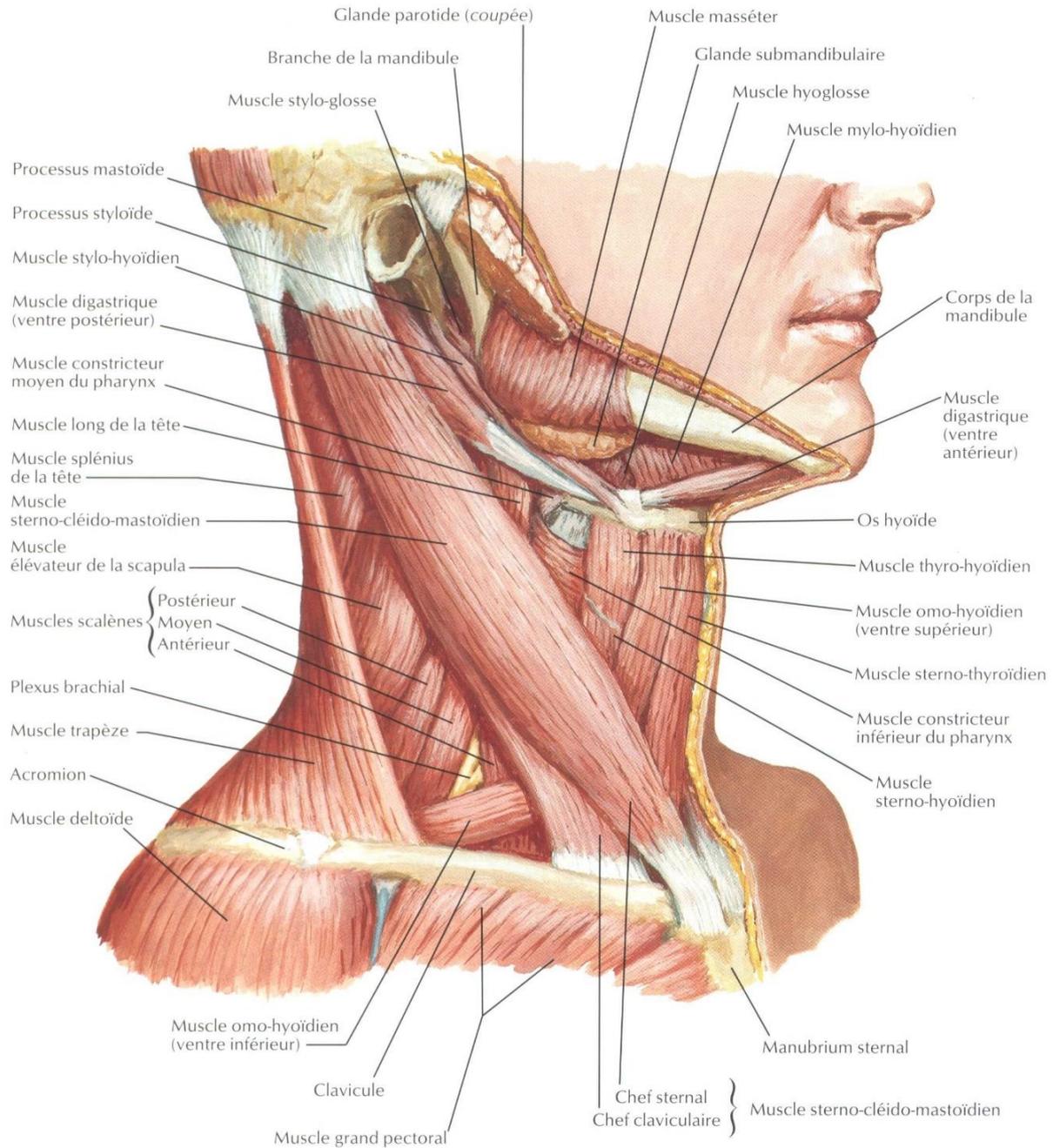
- Le pyramidal
- Le sourcilier
- Le dilatateur de l'aile du nez
- Le masséter.

#### **2.3.9 Le muscle sterno-cléido-mastoïdien :**

C'est l'un des muscles les plus importants du cou (région antérolatérale). 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
- L'autre profond



**Figure 3 : Muscles du cou : Vue latérale [14]**

## **2.4 Angiologie**

### **2.4.1. Système artériel maxillo-faciale : [15]**

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

Les artères se composent de :

- Carotide primitive
- Sous claviculaires et leurs ramifications.

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

#### **2.4.1.1 Carotide primitive :**

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

- Carotide externe et,
- Carotide interne.

##### **2.4.1.1.1 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.

##### **2.4.1.1.2 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.

##### **2.4.1.2 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.

## **2.4.2 Système veineux maxillo-facial [15,16,17]**

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.

### **2.4.2.1 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-mériens 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. [16]

### **2.4.2.2 Jugulaire externe :**

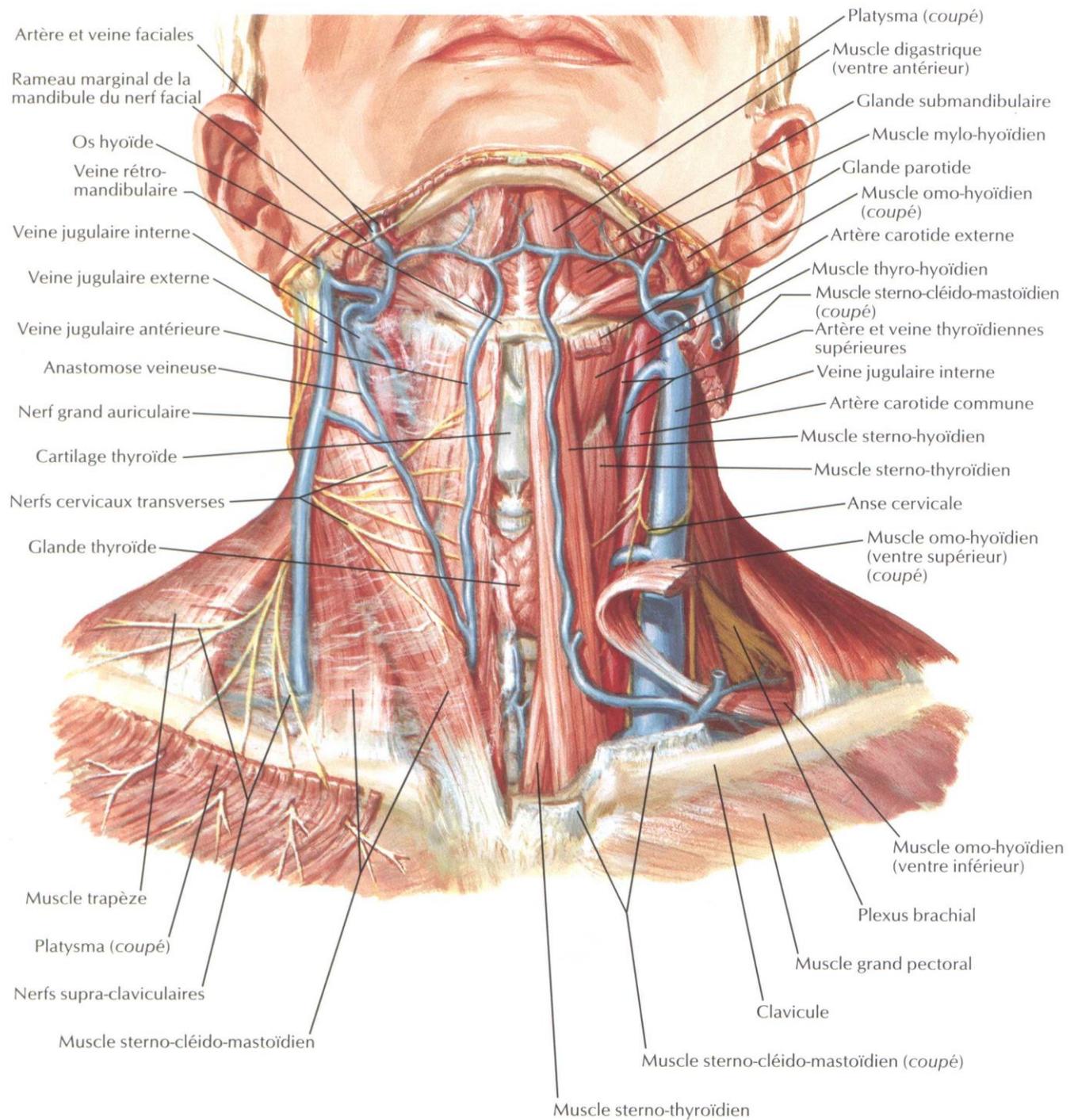
Provient de la veine maxillaire interne, de la temporale superficielle et de la parotidienne. Elle s'étend de la région parotidienne à la sous-clavière. En quittant la parotide elle devient superficielle tout en traversant en diagonale le muscle sternocléido-mastoïdien pour aboutir au niveau de son insertion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

### **2.4.2.3 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.

### **2.4.2.4 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.



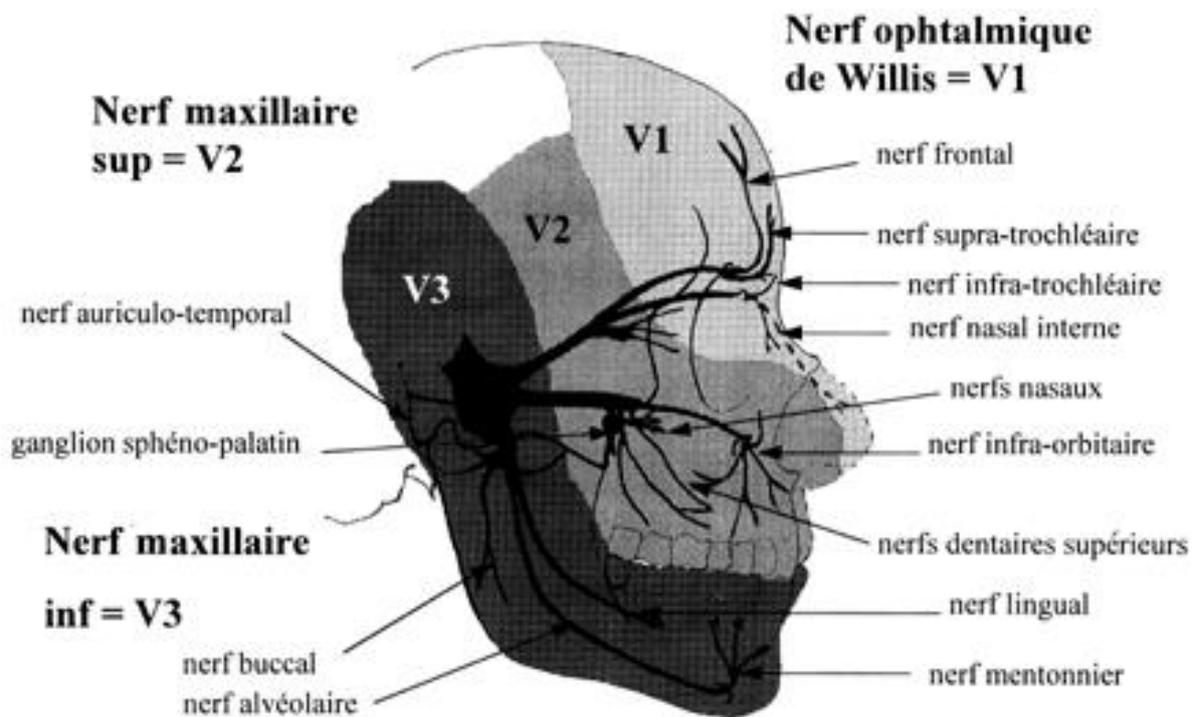
**Figure 4 : Veines superficielles du cou [18]**

## 2.5 Innervation crânio-faciale : [19]

### 2.5.1 L'innervation motrice :

- ◆ Des muscles peauciers : ils sont sous l'obédience du nerf facial (VIIe paire crânienne) ;
- ◆ Des muscles masticateurs : ils sont innervés par le nerf trijumeau (Ve paire crânienne) ;
- ◆ De l'élévateur de la paupière supérieure : elle est assurée par le nerf oculomoteur (IIIe paire crânienne).

**2.5.2 L'innervation sensitive :** Elle est presque entièrement assurée par le trijumeau (V1, V2, V3) ; seul le pavillon auriculaire et la région angulo-mandibulaire dépendent du plexus



**Figure 5 :** Innervation de la face par le trijumeau [13]

## **2.6 Anatomie Dentaire : [20]**

La dent est formée de 3 parties distinctes : la couronne visible en bouche, la racine implantée dans l'os et le ligament alvéolo-dentaire ou desmodonte qui relie la racine à l'os.

La couronne est formée de 3 couches :

- l'émail forme la couche externe. Ce tissu est minéralisé à 97 % par l'hydroxyapatite. Les 3 % restants constituent la trame organique, composée essentiellement de collagène et d'eau. Tissu le plus dur du corps humain, il sert ainsi à l'identification en médecine médico-légale. L'émail est moins épais sur les dents temporaires que sur les dents définitives ;
- la dentine constitue la couche intermédiaire. Ce tissu est minéralisé à 70 % par l'hydroxyapatite. Les 30 % restants (dont 12 % d'eau) constituent la trame organique, composée essentiellement de collagène. La dentine est perforée de micro-tubes ou tubuli dentinaires. Ceux-ci contiennent les prolongements des cellules dentaires, les odontoblastes ;
- la chambre pulpaire est située tout au centre de la couronne et assure l'innervation et la vascularisation en provenance des racines dentaires. Les odontoblastes en tapissent la périphérie et envoient leurs prolongements dans les tubuli dentinaires. Elles synthétisent la dentine secondaire tout au long de la vie, de manière centripète, et à un rythme très lent. En réponse à une agression carieuse ou traumatique, elles peuvent sécréter à un rythme plus rapide de la dentine réactionnelle aussi appelée dentine tertiaire.

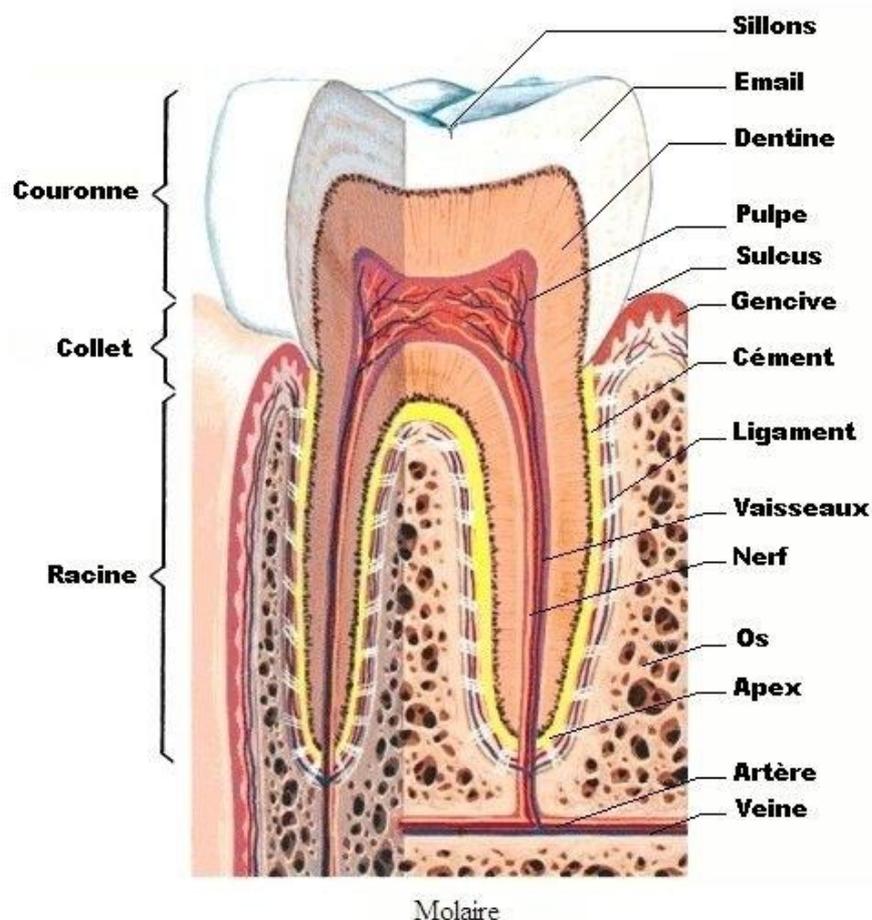
La racine est constituée de 3 parties :

- le cément recouvre la surface externe des racines. Les fibres collagéniques et élastiques du ligament alvéolo-dentaire s'y enracinent ;
- la dentine constitue la couche intermédiaire ;

- le canal pulpaire est situé tout au centre de la racine et assure l'innervation et la vascularisation en provenance des apex.

Le ligament alvéolo-dentaire ou desmodonte constitue avec l'os une véritable articulation et renferme des cellules de régénération osseuse, ligamentaire et 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 (parfois plus). 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.



**Figure 6 :** Coupe dentaire d'une molaire de la mandibule [21]

## **2.7 Numérotation dentaire : [20]**

Pour simplifier la communication, la Fédération Dentaire Internationale attribue à chaque dent un numéro :

- a. Pour le chiffre des unités, on numérote les dents en partant du centre vers le fond :
  - 1 l'incisive centrale,
  - 2 l'incisive latéral
  - 3 la canine,
  - 4 la première prémolaire (la première molaire pour la dentition primaire),
  - 5 la deuxième prémolaire (la deuxième molaire pour la dentition primaire),
  - 6 la première molaire,
  - 7 la deuxième molaire,
  - 8 la dent de sagesse ou troisième molaire,
- b. Le chiffre des dizaines est déterminé par la partie d'un quadrant imaginaire, correspondant à une héli-arcade dentaire, dans lequel se trouve la dent. En regardant la personne en face, 1 est en haut à gauche (à la droite de la personne), 2 en haut à droite (à la gauche de la personne), 3 en bas à droite (à la gauche de la personne), 4 en bas à gauche (à la droite de la personne);
- c. Pour les dents temporaires (dents de lait), le chiffre des dizaines est de 5 à 8 selon le même quadrant, dans le sens des aiguilles d'une montre.

Exemples : 23 est la canine supérieure gauche ; 74 est la première molaire temporaire mandibulaire gauche.

Notation à deux chiffres de la FDI, pour une personne dont on regarderait la mâchoire de face. Les indications « gauche » et « droite » du tableau, en revanche, s'étendent du point de vue du patient.

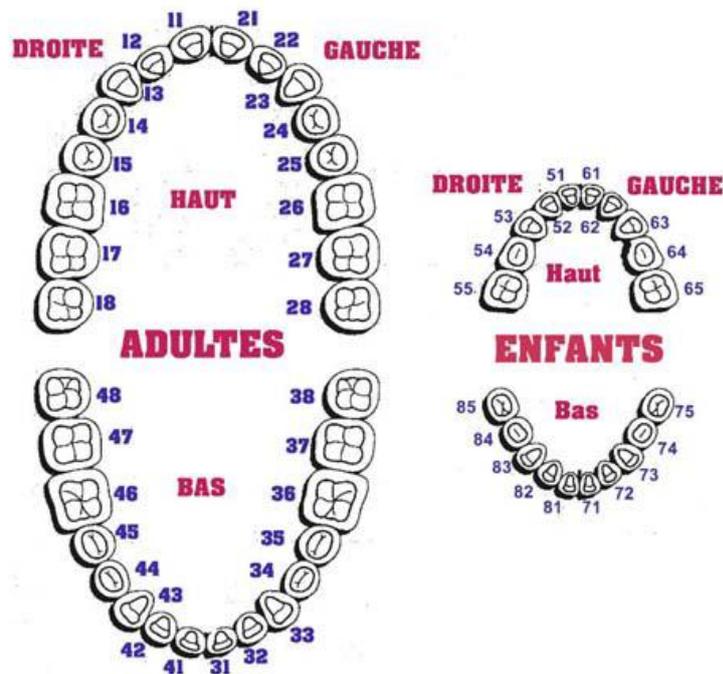


Figure 7 : Nomenclature dentaire [20]

#### IV/ RAPPELS CLINIQUES [22,23]

##### 3.1 Définition :

Les cellulites d'origine bucco-dentaires sont des infections du tissu celluloadipeux localisés principalement dans les tissus mous sous cutanés qui entourent la mandibule et le maxillaire.

##### 3.2 Ethioptogénie

###### 3.2.1 Les portes d'entrée

###### 3.2.1.1 Les causes dentaires

Ce sont notamment les complications de la carie dentaire, les avulsions et les soins dentaires. Ces causes représentent 91 % des cas dans une étude rapportée aux 7èmes journées médicales d'Abidjan en 1989 [23], à propos de 276 cas de cellulites par GADEGBEKU et coll. [23].

###### 3.2.1.2 Les causes péri-dentaires :

L'infection parodontale est la principale cause péri-dentaire.

- la parodontolyse détruit directement l'espace desmodontal et, à terme, mortifie la pulpe dentaire « à retro » ;
- les péri-coronarites d'éruption et de désinclusion, en particulier de la troisième molaire, inférieure le plus souvent, peuvent être la porte d'entrée de complications infectieuses souvent très bruyantes.

### **3.2.1.3 Les autres causes :**

Ce sont essentiellement les causes amygdaliennes et post traumatiques.

## **3.2.2 Les facteurs favorisants**

### **3.2.2.1 Le terrain**

- Le diabète: favorise et aggrave l'infection qui à son tour décompense
- L'immunodépression (le syndrome d'immunodéficience acquise, l'agammaglobulinémie, la grossesse)
- L'alcoolisme chronique.

### **3.2.2.2 Les anti-inflammatoires [24]**

La corticothérapie a une action dépressive sur les mécanismes humoraux de défense immunitaire contre l'infection. En effet elle réduit de façon significative la synthèse des immunoglobulines G, inhibe l'adhérence des polynucléaires donc la phagocytose.

Une action identique est également démontrée pour les AINS. Comme l'a énoncé Pons, les AINS dépriment les mécanismes de défense contre l'infection. Au cours des 7<sup>è</sup> journées médicales, Gadegbeku et coll [25] ont sur 46 cas de cellulites diffuses diagnostiquées, rapporté 24 cas de cellulites diffuses dans lesquels, on a retrouvé l'utilisation d'AINS en monothérapie chez des sujets jeunes bien portants. D'où le danger de l'utilisation seule des AINS dans les cellulites.

### **L'antibiothérapie inefficace :**

La prescription d'une antibiothérapie inactive sur les anaérobies constitue un autre facteur favorisant le développement d'une infection anaérobie grave.

### **3-2-3 Germes :**

En général, il n'existe pas de germes spécifiques. Ils proviennent de la flore buccale endogène. La diversité de cette flore rend compte du grand nombre d'agents pathogènes responsables. Ils peuvent s'associer, par exemple, des infections à bacilles Gram négatif (Bactéroïdes, Prévotella,

Porphyromonas sp) et celles de cocci Gram positif (Streptocoques, Staphylocoques).

Cette flore bactérienne commensale peut dans certaines circonstances devenir pathogène et déterminer une infection des loges celluloso graisseuses de la face.

### **3.2.4 Propagation de l'infection [26]**

Elle se fait à partir de deux mécanismes principaux :

- L'infection se propage directement hors de la gencive, par voie sous-périostée, à partir d'une péri coronarite. Au niveau de l'espace desmodontal, l'infection traverse l'os, décolle le périoste, puis bientôt le rompt et colonise les parties molles péri osseuses qui sont constituées par un tissu celluloso-adipeux remplissant les espaces délimités par les zones d'insertions musculo-aponévrotiques au niveau des tables osseuses internes ou externes.
- Généralement, l'infection se localise au voisinage de la zone d'implantation de la dent causale. L'infection se développe dans une des régions anatomiques maxillo-faciales selon l'appartenance maxillaire ou mandibulaire de la dent, sa situation antérieure ou postérieure, sa

proximité par rapport aux tables osseuses et la situation de son apex par rapport aux insertions musculo aponévrotiques.

Par rapport aux tables osseuses, les apex dentaires sont proches de la table externe du maxillaire, sauf les racines palatines des prémolaires et molaires. Au niveau mandibulaire, la première molaire est en position axiale : en avant d'elle, toutes les dents sont plus proches de la table externe ; en arrière, elles jouxtent la table interne et les apex des deux dernières molaires qui sont situées au-dessous de la ligne d'insertion du muscle mylo-hyoïdien. Ainsi, les infections issues des dernières molaires peuvent ensemençer directement la région péri-pharyngienne et disséminer l'infection vers les autres espaces cervicaux et le médiastin. Du côté palatin, l'infection se collecte en sous-périosté et ne diffuse pas.

### **3.3 Physiopathologie [27,28]**

Elle se fait directement hors de la gencive, par voie sous-périostée. 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 musculoaponévrotiques au niveau des tables osseuses internes ou externes. Parallèlement, une propagation par voie veineuse et lymphatique est bien attendue possible et constitue 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.

### **3.4 Diagnostic positif [29]**

#### **3.4.1 Cellulite circonscrite**

Elle évolue suivant deux stades :

##### **3.4.1.1- La cellulite séreuse**

La cellulite séreuse est le stade initial purement inflammatoire ; le malade consulte pour une douleur violente dentaire.

Les signes généraux sont en général absents.

A l'examen physique on note :

Une déformation faciale, une peau chaude, tendue, en regard de la dent causale, la palpation met en évidence une masse mal limitée et un peu douloureuse, en bouche au niveau de la dent infectée, la muqueuse est rouge et soulevée, alors que cette dent est sensible. La radiographie peut montrer un traitement canalair incomplet, un épaissement ligamentaire, un granulome...

Non traitée l'évolution se fait vers la suppuration.

#### **3.4.1.2- Cellulite suppurée**

La collection a donné lieu à la formation d'une cavité dont le contenu est purulent. A l'interrogatoire on retrouve.

Une douleur lancinante, pulsatile, irradiante entraînant l'insomnie,

Une limitation de l'ouverture buccale,

Une dysphagie,

Une halitose.

Les signes généraux peuvent être marqués par une hyperthermie.

L'examen physique note : une tuméfaction faciale rouge, chaude douloureuse, bien limitée recouverte par une peau tendue et luisante, la palpation objective une masse fluctuante traduisant la collection purulente, en bouche, l'examen souvent gêné par un trismus, montre une gencive soulevée, rouge et parfois purulente, en regard de la dent causale,

#### **Les examens para-cliniques:**

Ces examens sont plus à viser étiologique que diagnostique.

Ce sont :

L'examen bactériologique du pus (direct, culture + antibiogramme),

NFS à la recherche d'une hyperleucocytose, d'une anémie, ou d'un phénomène inflammatoire.

Bilan radiographique :

Radiographie panoramique : à la recherche des dents causales

TDM : localisation des collections profondes

IRN de thrombophlébite

Non traitée, la cellulite suppurée évolue vers :

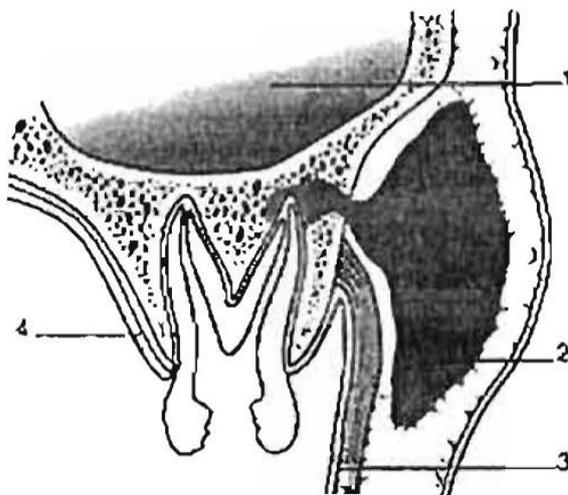
- la fistulisation spontanée cutanée ou muqueuse,
- la chronicité,
- les complications loco-régionales ou générales : cellulite diffuse, ostéites, septicémie...

### **3.5 Formes topographiques**

Différentes localisations de la collection peuvent se rencontrer.

#### **3.5.1 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 et une tuméfaction génienne.



- 1.Sinus maxillaire ;
- 2.Muscle buccinateur
3. Muqueuse vestibulaire
- 4.Fibromuqueuse palatine

**Figure 8** : Schéma d'une cellulite génienne haute [30]

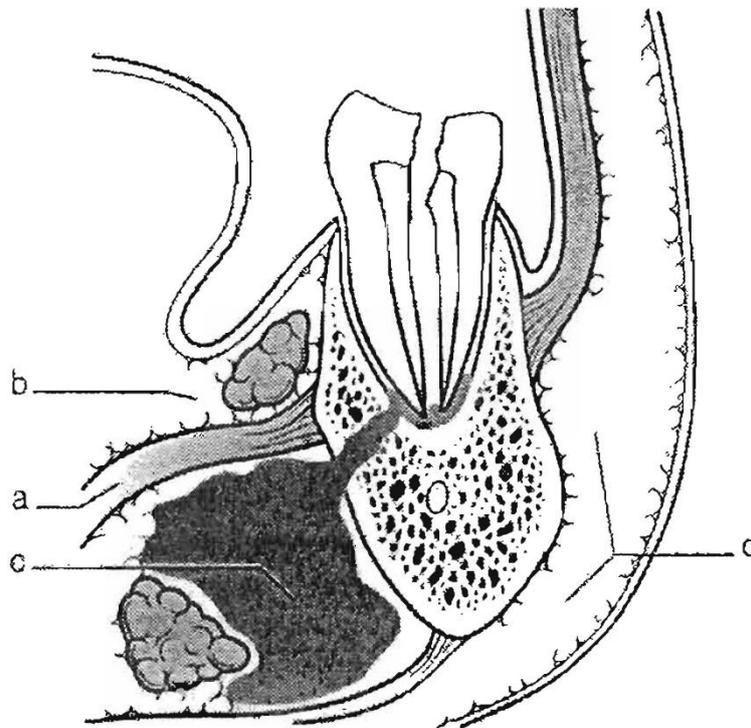
### **3.5.2 Cellulite massétérine**

La collection se situe sous le masséter.

Elle est peu fréquente et, classiquement, l'accident de la dent de sagesse en constitue le type de description. Le tableau est dominé par un trismus serré et des douleurs très intenses.

### **3.5.3 Cellulite sous-mylohyoïdienne :**

La collection se situe dans la région sous mylohyoïdienne. Le plancher buccal est œdémateux. 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.



## **Figure 9 : Cellulite sous-mylo-hyoïdienne [32]**

- a. *muscle mylo-hyoïdien ; b. loge sublinguale ; c. loge sous-maxillaire*  
d. *fusée sous cutanée*

### **3.5.4 Cellulite sus-mylohyoïdienne**

C'est la cellulite du plancher buccal. La tuméfaction est collée à la table interne de la branche horizontale en regard de la dent causale. Le danger primordial est l'obstruction des voies aériennes.

### **3.5.5 Cellulite temporale**

Elle est exceptionnelle de nos jours. Sa complication primordiale est la myosite rétractile du muscle temporal responsable d'une constriction permanente.

### **3.6 Diagnostic différentiel**

Suivant la région,

- un adénophlegmon : masse indépendante de la table osseuse avec atteinte importante de l'état général,
- devant une cellulite génienne basse, il faut penser à une sous maxillite qui se manifeste par une émission de pus au niveau du canal de Wharton.
- devant une cellulite génienne haute, on peut évoquer une parotidite suppurée : en bouche on note une émission de pus au niveau du canal de Sténon
- une tumeur maligne ou bénigne,
- devant une cellulite sous mylohyoïdienne : un kyste congénital sous mental, dans ce cas l'interrogatoire oriente
- une ostéite maxillaire ou mandibulaire : les images radiographiques sont évocatrices.

### **3.7 Complications**

#### **3.7.1 Les complications aiguës :**

##### **3.7.1.1-les cellulites aiguës diffuses [32, 33]**

Il s'agit d'une toxi-infection avec souvent production de gaz par les anaérobies, ce qui aggrave les décollements et la nécrose ; l'extension est rapide et profonde.

Signes cliniques :

C'est une véritable urgence, cette forme se caractérise :

- Au plan général par la toxi-infection maligne
- Au plan local par la nécrose tissulaire rapide et massive

##### **3.7.1.2-La toxi-infection maligne [33]**

Le début est brutal avec l'installation d'un véritable choc infectieux fait de :

- Fièvre, frissons avec dissociation du pouls et la température,
- Sueurs froides, d'une alternance d'excitation et de somnolence, un faciès pâle associé à une dyspnée à type de polypnée,
- une hypotension avec tendance au collapsus cardio vasculaire. En quelques heures apparaissent :
- une diarrhée profuse avec vomissements, une oligurie, un subictère, un faciès infecté (terreux, grisâtre, les lèvres sèches, langue saburrale, les yeux cernés et excavés)
- des signes méningés et pleuro-pulmonaires peuvent se surajouter et le décès peut survenir dans un tableau de choc cardio-vasculaire ou de coma hépatique.

L'examen local montre :

Au début, une tuméfaction limitée molle non fluctuante et peu douloureuse avec au palper la sensation d'une crépitation gazeuse. Puis la tuméfaction s'étend et devient d'une dureté ligneuse. La peau en regard est tendue, chaude avec des zones nécrotiques.

Le trismus est d'autant plus serré que la dent causale est postérieure.

La suppuration apparaît ensuite.

Les dégâts locaux sont à type de :

- nécrose musculaire et aponévrotique
- thrombophlébite, ostéite
- ulcération d'un vaisseau qui peut entraîner une hémorragie foudroyante

Des tableaux cliniques particuliers peuvent survenir en fonction de la région anatomique de départ de l'infection. Ce sont :

**a-Phlegmon du plancher buccal de Gensoul** (<<Ludwig Angina<< des anglo-saxons)

L'infection à point de départ molaire inférieure gagne les loges sus et sous mylo-hyoïdienne pour s'étendre très rapidement vers la région sous mentale et le tissu cellulaire centro-lingual.

Sur le plan clinique, elle se traduit en endobuccal par un bourrelet

œdémateux plaqué contre la face interne de la mandibule bordant la dent causale. D'abord mou, il devient de plus en plus dur et occupe tout le plancher buccal refoulant la langue en arrière avec :

- un syndrome asphyxique
- une dysphagie

### **b-Cellulite diffuse faciale**

La molaire inférieure est toujours en cause ; la cellulite, d'abord jugal, diffuse rapidement vers la région massétérine et vers la fosse infra temporale.

Son extension cervicale mais surtout endocrânienne conditionne le pronostic.

### **c-Cellulite diffuse péri-pharyngienne**

Elle succède à une infection amygdalienne ou de la dent de sagesse ;

Dyspnée, dysphonie et dysphagie sont présentes. Le pharynx apparaît rouge tuméfié sur toute sa surface ; le cou est « proconsulaire ». L'extension médiastinale est particulièrement rapide.

### **3.7.1.3 L'ostéite**

Selon Goga [35], l'ostéite correspond à un processus inflammatoire aigu ou chronique au niveau du tissu conjonctif occupant les espaces de l'os, dû à un agent microbien arrivant à l'os et s'y développant.

Elle se manifeste cliniquement par l'apparition d'une tuméfaction osseuse. La mobilité dentaire est nette en regard de cette tuméfaction. La radiographie montre une décalcification irrégulière.

### **3.7.2 Complications aiguës à distance**

Elles se manifestent : par l'atteinte de l'endocrâne (méningite), du médiastin (médiastinite), de la plèvre (pleurésie), ou du péricarde (péricardite), thrombophlébite du sinus caverneux

### **3.7.3 Complications chroniques**

#### **3.7.3.1 Cellulite chronique**

Elle se manifeste, par une masse souvent jugale qui ne se résorbe pas, et qui est sous des téguments non modifiés. Elle est également mobile sous les plans profonds. Sa palpation est indolore.

En bouche, dans le vestibule soulevé en regard de la dent causale, il existe une bride fibreuse perçue à la palpation. Elle relie la tuméfaction vestibulaire à la tuméfaction jugale.

L'évolution se fait vers la fistulisation et l'infiltration cutanée.

## **V-TRAITEMENT [35,36]**

Le traitement médico-chirurgical de l'infection associé à celui de sa porte d'entrée est un principe intangible.

#### **4.1 Buts**

- Stériliser le foyer infectieux,
- Supprimer la cause.

#### **4.2 Moyens**

Ils comportent des moyens médicamenteux, chirurgicaux.

##### **4.2.1 Médicamenteux**

- Les antibiotiques (bêtalactamines, imidazolés, macrolides, aminosides, quinolones, lincosamides)
- Les corticoïdes,
- Les antiseptiques (Solution de Dakin, Eau oxygénée, Bétadine dermique)

##### **4.2.2 Le traitement chirurgical :**

Ils comportent certains gestes tels que :

- La ponction évacuatrice
- L'incision- drainage
- L'extraction de la dent causale.

#### **4.3 Indications**

##### **4.3.1 Cellulite suppurée**

Il associe un drainage et une antibiothérapie à fortes doses active sur les germes anaérobies On associe le plus souvent une bêtalactamine et un imidazolé par voie orale. La durée du traitement est de 15 jours.

##### **4.3.2 Cellulites diffuses**

Il se fait en milieu hospitalier et consiste à corriger l'état de choc infectieux par un remplissage vasculaire adéquat, une rééquilibration hydro électrolytique. On y associe une antibiothérapie mixte par voie parentérale pendant au moins 15 jours. Le traitement chirurgical consiste essentiellement au drainage qui

supprime les conditions d'anaérobiose, et facilite l'injection sur le site de solutions antiseptiques.

#### **4.3.3 Cellulites chroniques :**

On effectue un drainage permanent associé à une antibiothérapie avec antibiogramme.

#### **5.La prévention :**

Elle consiste à une antibiothérapie systématique lors d'intervention ou de soins bucco-dentaires chez le diabétique, l'éthylique, l'immunodéprimé, le cardiaque, chez tous patients ayant une mauvaise hygiène buccodentaire, une bonne hygiène et également au traitement précoce des caries dentaires.

# **PATIENTS ET METHODES**

## **VI. PATIENTS ET METHODES**

### **1. Cadre et lieu d'étude :**

Notre étude a été réalisée au service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale du Centre National d'Odonto-Stomatologie, Centre Hospitalier Universitaire (CHU-CNOS) de Bamako.

### **Description du CHU-CNOS :**

Il est situé au quartier du fleuve, rue Raymond Poincaré, porte n°870 dans la Commune III du District de Bamako. C'est un centre hospitalier de 3ème niveau spécialisé en Odonto-Stomatologie. Centre de référence nationale, il a officiellement ouvert ses portes le 10 Février 1986. Erigé en Etablissement Public à caractère Administratif (E.P.A) par la loi n°92-026/AN-RM du 05 Octobre 1992, il est devenu Etablissement Public Hospitalier (EPH) par la loi n°03-23/AN-RM du 14 Juillet 2003. Depuis le 12 décembre 2006, il est devenu un Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-Stomatologie par la signature de la convention hospitalo-universitaire.

Il a pour objectif d'améliorer l'état de santé des populations en santé buccodentaire. Il assure les missions suivantes :

- assurer le diagnostic, le traitement des malades et des blessés ;
- prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- assurer la formation initiale et continue des professionnels de santé ;
- conduire les travaux de recherche dans le domaine médical ;

Le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale comprend :

- neuf (9) salles d'hospitalisation avec une capacité de 30 lits,
- un bloc opératoire avec deux salles,
- une salle de réveil,
- une salle de garde pour les DES et Etudiants hospitaliers,
- une salle de soins intensifs,

- une salle de garde pour les infirmières,
- deux salles de consultation avec deux fauteuils dentaires,
- deux bureaux pour les anesthésistes
- une salle polyvalente,
- une salle de suivi post-opératoire,
- un bureau pour le Chef de service,
- un bureau pour les Chirurgiens,
- un bureau pour le Surveillant de l'hospitalisation,
- une unité de radiographie

## **2. Type et période d'étude :**

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte prospective réalisée sur une période de 6 mois allant du 1<sup>er</sup> octobre 2020 au 31 mars 2021.

## **3. Population d'étude :**

Notre étude portait sur l'ensemble des patients du service de Stomatologie et chirurgie Maxillo-faciale du CHU-CNOS de Bamako.

## **4. Echantillonnage :**

L'échantillonnage était de type exhaustif. Notre échantillon était constitué de 120 patients venus en consultation et recrutés accidentellement au service. Les patients étaient soit référés ou évacués par un centre de santé ou venaient d'eux-mêmes en consultation ou sur recommandation d'une tierce personne.

### **Critères d'inclusion :**

Tout patient sans distinction d'âge et de sexe présentant une cellulite cervico-faciale d'origine dentaire

- Tout patient ayant accepté la prise en charge
- Tout patient ayant un dossier médical complet

### **Critères de non inclusion**

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Tout patient ayant été consulté pour toutes pathologies autres que les cellulites d'origines dentaires et péri-dentaires
- Tout patient n'ayant pas accepté la prise en charge
- Tout patient ayant un dossier médical incomplet

### **5. Sources d'information :**

Les données ont été recueillies à partir de :

- Dossiers médico-chirurgicaux,
- Registres de consultation externe
- Registre d'hospitalisation

### **6. Variables étudiées :**

Les variables étudiées étaient :

- L'âge
- Le sexe
- La profession
- La résidence
- Le motif de consultation
- Le mode de recrutement
- Le délai de consultation
- Le statut matrimonial
- Le niveau d'instruction
- L'état général des patients
- Les antécédents médico-chirurgicaux
- Le mode de vie
- Les facteurs favorisants classiques
- Le traitement traditionnel
- La durée du traitement traditionnel
- L'automédication

- Le traitement médical reçu avant la consultation
- Le type de cellulite
- Le siège de la cellulite
- L'étiologie de la cellulite
- Les dents concernées
- Les complications
- L'hospitalisation
- La durée du séjour hospitalier
- Le traitement reçu
- L'évolution

#### **7. Saisie et analyse des données et traitement de texte et de graphiques**

La saisie et l'analyse des données avaient été effectuées sur le logiciel d'IBM, SPSS Statistic Version 22.0 et la corrélation entre variable qualitatives a été recherchée selon la convenance par les tests de Pearson, l'exact de Fisher et la correction de continuité de Yates avec un seuil de significativité fixée à 5%.

Le traitement de texte et de graphique quant à lui a été réalisé grâce aux logiciels de la suite d'Office 2016 de Microsoft : Word et Excel.

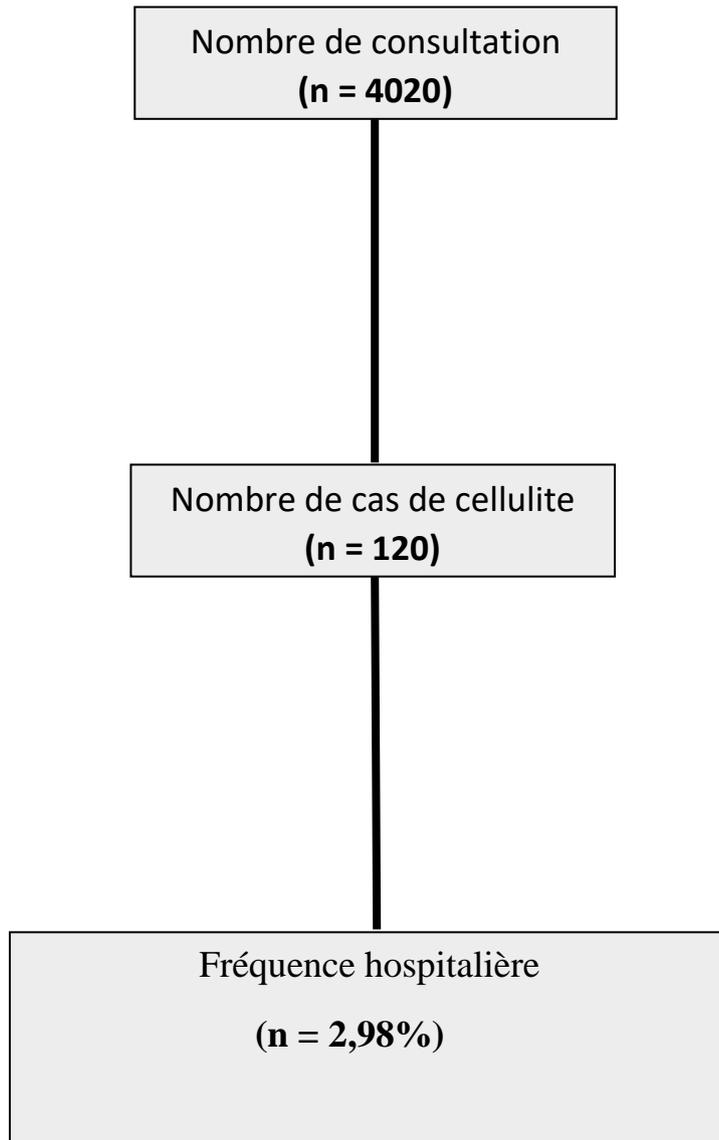
#### **8. Aspects éthiques :**

Tous les patients majeurs ont donné leur consentement et pour les enfants on a eu le consentement éclairé des parents pour le déroulement de l'enquête.

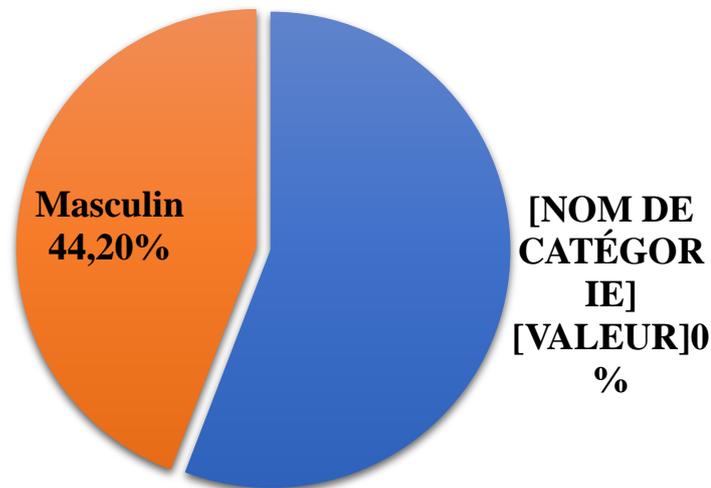
# **RESULTATS**

## VII. RESULTATS :

### Fréquence globale



## 1. Données sociodémographiques :



**Figure 10** : Répartition des patients en fonction du sexe

Le sexe féminin a été le plus représenté avec 55,8% et le sex-ratio était de 0,79.

**Tableau I** : Répartition des patients en fonction de l'âge

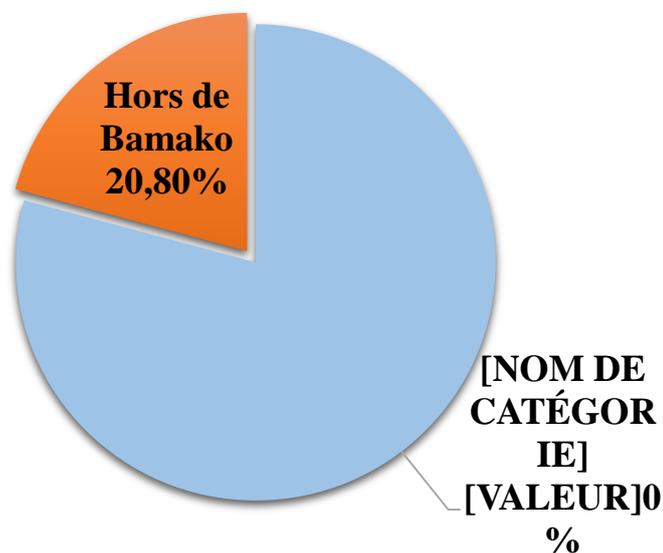
Tranche d'âge(année)	Effectif	Fréquence (%)
Moins de 10	6	5,00
[10 - 20[	23	19,16
<b>[20 - 30[</b>	<b>38</b>	<b>31,66</b>
<b>[30 - 40[</b>	<b>31</b>	<b>25,83</b>
[40 - 50[	12	10,03
[50 - 60[	5	4,16
60 et plus	5	4,16
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>

La tranche d'âge entre 20 et 40 ans a été la plus représentée avec 57,49% des cas. La moyenne d'âge était de  $29,45 \pm 14,312$  ans avec des extrêmes de 2 et 80 ans.

**Tableau II** : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Effectif	Fréquence (%)
Ménagère	37	30,83
Elève/étudiant	25	20,83
Profession libérale	24	20,00
Cultivateur/pêcheur/éleveur	14	11,67
Commerçant	7	5,83
Enfant	5	4,16
Fonctionnaire	4	3,34
Autres	4	3,34
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>

\* : Aide-soignante (1), Electromécanicien (1), Orpailleur (1), personne âgée (1),  
Les ménagères ont représenté 30,83% des cas.



**Figure 11** : Répartition des patients en fonction de la résidence

La majorité de nos patients (79,20%) résidait à Bamako.

**Tableau III** : Répartition des patients en fonction du motif de consultation

<b>Motif de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Douleur	120	100,00
Tuméfaction	120	100,00
Trismus	107	89,17
Fistule	19	15,83
Perte de substance	1	0,83

La douleur et la Tuméfaction étaient les principaux motifs de consultation rencontrés dans tous les cas soit 100% des cas.

**Tableau IV** : Répartition des patients en fonction du mode de recrutement

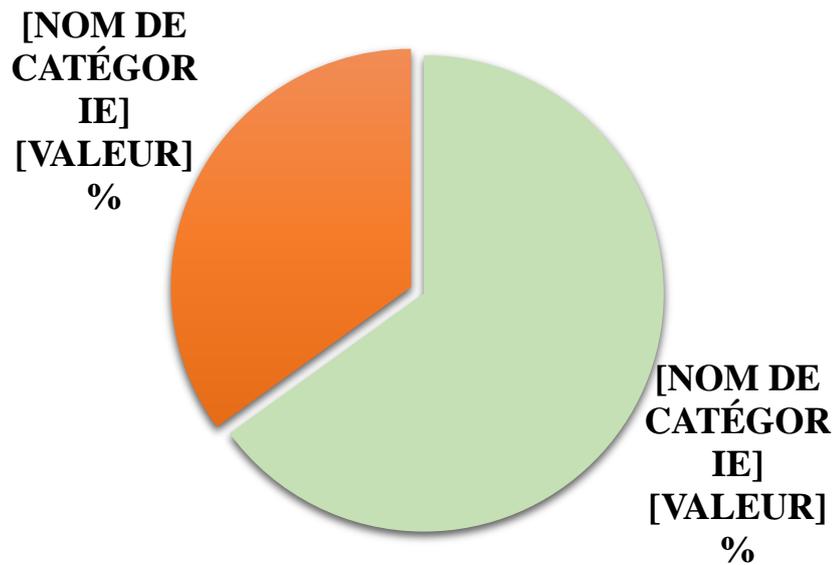
<b>Mode de recrutement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Référé	64	53,33
Venu de lui-même	51	42,50
Sur recommandation	5	4,17
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Les patients venus d'eux-mêmes ont représenté un taux 42,50% avec des cas.

**Tableau V** : Répartition des patients en fonction du délai de consultation

<b>Délai de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
< 3 jours	11	9,17
3 à 7 Jours	66	55,00
7 à 14 jours et plus	43	35,83
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

L'intervalle de 3 à 7 jours a été le délai de consultation le plus représenté soit 55,00% des cas.



**Figure 12** : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial  
Les patients mariés ont été les plus représentés avec un taux de 65,00 % des cas.

**Tableau VI** : Répartition des patients en fonction du niveau d'instruction

Niveau D'instruction	Effectif	Fréquence (%)
Non scolarisé	53	44,17
Primaire	39	32,50
Secondaire	21	17,50
Supérieur	7	5,83
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>

Les analphabètes ont représenté 44,17% de nos patients et 32,50% de nos patients instruits avaient un niveau d'enseignement primaire.

**Tableau VII** : Répartition des patients en fonction de l'état général du malade

Etat Général du Malade	Effectif	Fréquence (%)
Altéré	3	2,50
Pas altéré	117	97,50
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>

L'état général du malade n'était pas altéré dans 97,5% des cas.

**Tableau VIII** : Répartition des patients en fonction des antécédents Médico-chirurgicaux du patients.

Antécédant	Effectif	Fréquence (%)
<b>Médicaux (n=6 (5%))</b>	Diabète	5 33,33
	HTA	2 33,33
	Asthme	1 1,66
	Cardiopathie	1 1,66
	Ulcère gastro duodéal	1 1,66

Diabète et l'HTA représentaient les principaux antécédents médicaux avec un taux de 33,3% chacun ;

**Tableau IX** : Répartition des patients en fonction du mode de vie

Mode de vie	Effectif (n=120)	Fréquence (%)
Café	83	69,17
Tabagique	21	17,50
Ethylique	11	9,17
Alcool-tabagique	5	4,17

La prise du tabac a été retrouvé dans 17,50% des cas.

**Tableau X** : Facteurs favorisants classiques

Facteurs favorisants	Effectif( n=120)	Fréquence (%)
Diabète	05	4,16
Infection à VIH	02	1,67
Grossesse	02	1,67
Mauvaise hygiène	118	98,33

La mauvaise hygiène a été retrouvé dans 98,33 % des cas.

**Tableau XI** : Répartition des patients en fonction du traitement traditionnel reçu avant la consultation

Traitement reçu avant la consultation	Effectif	Fréquence (%)
Fumégation	92	76,67
Autres	28	23,33
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>

La fumégation était le traitement reçu avant la consultation dans 76,7% des cas.

**Tableau XII** : Répartition des patients en fonction de la durée du traitement avant la consultation (en jours)

Durée du traitement en jours	Effectif	Fréquence (%)
1	20	16,66
2	32	26,67
3	25	20,83
4	10	8,33
5	4	3,33
6	1	0,83

La durée du traitement de 2 jours reçu avant la consultation a représenté 26,67 % des cas.

**Tableau XIII** : Répartition des patients en fonction de l'automédication

Automédication	Effectif	Fréquence (%)
Oui	105	87,50
Non	15	12,50
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>

L'automédication était pratiquée chez 87,5% des cas.

**Tableau XIII** : Répartition des patients en fonction du terrain

<b>Immunodépression</b>	<b>Effectif (n=120)</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Diabète	5	4,16
Infection à VIH	2	1,67

Le diabète et l'infection à VIH constituaient les seules maladies immunodépressives de notre étude soit respectivement 4,2% et 1,2% des cas.

**Tableau XIV** : Répartition des patients en fonction de l'Hygiène buccodentaire

<b>Hygiène buccodentaire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Bonne	2	1,67
Mauvaise	118	98,33
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>

L'hygiène buccodentaire était mauvaise dans 98,33% des cas.

**Tableau XV** : Répartition des patients en fonction du type de cellulite

<b>Type de cellulite</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Séreux	65	54,17
Collecté	54	45,00
Gangrené	1	0,83
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>

Les cellulites séreuses ont été les plus rencontrés dans 54,20% des cas.

**Tableau XVI** : Répartition des patients en fonction du siège de la cellulite

<b>Siège de cellulite</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Naso génienne basse droite	26	21,67
Sous mentale	25	20,83
Naso génienne basse gauche	21	17,50
Naso génienne haute droite	14	11,67
Génienne basse droite	8	6,67
Naso génienne haute gauche	8	6,67
Génienne basse gauche	6	5,00
Masseterienne gauche	3	2,50
Hemiface droite à extension temporale	2	1,67
Autre*	7	5,83
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>

\* : Génienne haute droite (1), Latero cervicale droite (1), Pan faciale (1), Péri orbitaire (1), Sous linguale (1), Sous mylohyoïdienne (1), Temporale (1).

La cellulite genienne basse droite a été la plus représenté avec 21,67 % des cas.

**Tableau XVIII** : Répartition des patients en fonction de l'étiologie

<b>Diagnostic étiologique</b>	<b>Effectif (n=120)</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Carie dentaire	116	96,67
Parodontopathies	36	30,00
Post extraction dentaire	1	0,83

La carie dentaire a été la cause la plus fréquente avec 96,67 % des cas.

**Tableau XVIII** : Répartition des patients en fonction des dents concernées

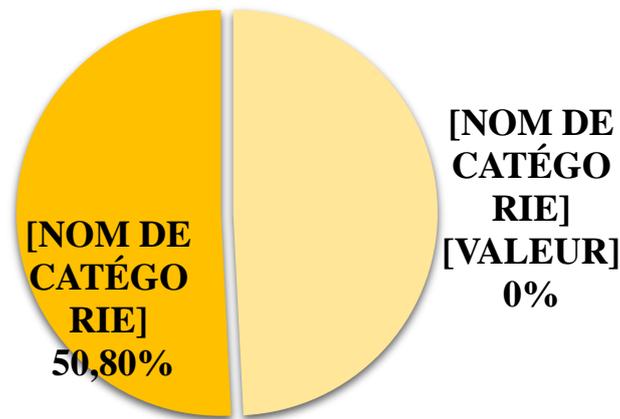
<b>Dents concernées</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Prémolaire supérieure droite	16	13,33
Molaire supérieure droite	15	12,50
Molaire supérieure gauche	8	6,67
Molaire inférieure gauche	33	27,50
Prémolaire inférieure droite	6	5,00
Molaire inférieure droite	38	31,67

Les principales dents concernées ont été les molaires inférieures droites avec 31,67%.

**Tableau XIX** : Répartition des patients en fonction des complications

<b>Complications</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Décès	1	0,84
Pleurésie	7	5,83
Aucune	112	93,33
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>

Les complications ont concerné quelques patients soit un taux de 5,83%.



**Figure 1** : Répartition des patients en fonction de l'hospitalisation.

La majorité des patients était en ambulatoire avec un taux de 50,80%.

**Tableau XX** : Répartition des patients selon en fonction de la durée du séjour

Durée séjour en jours	Effectif	Fréquence (%)
3 – 5	28	47,46
6 – 8	28	47,46
8 – 10	3	5,08
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100,00</b>

La durée moyenne de séjour a été de  $5,85 \pm 1,574$  jours avec des extrêmes de 3 et 10 jours.

**Tableau XXI** : Répartition des patients en fonction de l'examen radiologique réalisé

Examens complémentaires	Effectif (n=120)	Fréquence (%)
Radio panoramiques	120	100,00
Radio pulmonaires	3	2,50

La radiographie panoramique a été réalisé chez tous les patients.

**Tableau XXIII** : Répartition des patients en fonction du type de traitement

Types de traitement	Effectif (n=120)	Fréquence (%)
Médical	120	100,00
Combiné (médico-chirurgical)	76	63,33

Tous nos patients ont reçu un traitement médical contre 63,33% qui ont bénéficié un traitement chirurgical.

**Tableau XXIII** : Répartition des patients en fonction de l'évolution

Evolution	Effectif	Fréquence (%)
Guérison	112	93,33
Complication	07	5,83
Décès	1	0,84
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>

L'évolution a été favorable dans 99,16%.

**Tableau croisé** : Facteurs de risque et type de cellulite

Type de cellulite Facteurs de risques	Cellulite collectée	Cellulite Séreuse	Fréquence (%)
Diabète	02	03	05
Grossesse	02	00	02
HIV	01	01	02
Diabète/HIV	00	01	01
<b>Total</b>	<b>05</b>	<b>05</b>	<b>10</b>

Tests du khi-deux

	Valeur	Ddl	Sig. approx. (bilatérale)
khi-deux de Pearson	2,571 <sup>a</sup>	3	,463
Rapport de vraisemblance	3,081	3	,379
N d'observations valides	10		

Il existe une corrélation entre les facteurs de risque et les types de cellulites d'origine dentaire.

# **DISCUSSION- COMMENTAIRES**

## **VIII- DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES :**

Dans notre étude transversale descriptive, nous avons eu une fréquence hospitalière de 2,98 % au cours de l'étude.

Notre résultat est supérieur à celui de Diawara F [38] au CHU-CNOS de Bamako en 2013 qui a trouvé une fréquence hospitalière de 0,44% sur une période de 12mois et Koné M [7] au CHU-CNOS qui avait rapporté 0,77% sur six (6) mois, supérieur à celui de Sarr AB [3] en 2007 au Sénégal qui a rapporté une fréquence hospitalière de 1,7% sur une période de 5 mois. Cela pourrait s'expliquer par la taille de leurs échantillons et la période d'étude.

### **Caractéristiques sociodémographiques**

#### **Sexe**

Dans notre série, le sexe féminin était plus représentatif avec un taux de 55,8% soit un ratio de 0,8 en faveur du sexe féminin. Nos résultats sont contraires à ceux de Koné M [7] qui a rapporté un taux de 73,53% en faveur du sexe masculin avec un sex-ratio de 0,36 Diawara F [38] au CHU-CNOS de Bamako en 2013 qui a rapporté un taux de 56,90% en faveur du sexe masculin avec un sexe-ratio de 1,32 et de Kaba M et coll [39] au Gabon qui a trouvé 54% du sexe masculin avec un sexe-ratio de 1,23.

#### **Age**

Dans notre série, l'âge moyen de nos malades était de  $29,45 \pm 14,312$  ans avec un pic de la classe d'âge de 20-40 ans et des extrêmes de 2 et 80 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 20 à 40 ans avec 57,5 %. Gadegbeku et coll [40] à Abidjan à propos de 276 cas et Bengondo et coll [36] à Yaoundé ont eu le même résultat en ce qui concerne la classe d'âge. Koné M [7] trouvait que la tranche d'âge la plus touchée était celle de 31-40ans avec 41,18% des cas.

### **Profession**

Nous avons retrouvé divers sorte de profession dans notre étude mais les plus représentés étaient les ménagères, les élèves et étudiantes et ceux ayant une profession libérale avec des taux respectifs de 30,8%, 20,8% et 20%. Ces résultats diffèrent de ceux Bengondo CH et coll [41] en 2006 à Yaoundé sur leur étude sur les cellulites et phlegmons d'origine dentaire qui a trouvé une prédominance chez les élèves et étudiants mais provenant d'un milieu moins aisé avec 39,25% des cas, Mibindzou GOI [5] et Diawara F [38] ont trouvé respectivement dans leurs séries que les femmes au foyer étaient plus représentées avec 28,6% et 28,40%. Cela pourrait s'expliquer par leurs faibles niveaux de vie intellectuelle.

### **Résidence :**

Les patients de notre étude venaient majoritairement de Bamako soient un taux 79,2%. Ce résultat diffère de celui de Koné M [7] qui avait 44,12% de patients venant de Koulikoro. Cela pourrait s'expliquer par notre cadre d'étude qui a été effectué à Bamako.

### **Etat matrimonial :**

Nous avons dénombré 78 patients mariés avec un taux de 65%. Nos résultats sont comparables à ceux de Koné M [7] avait 76,47% de mariés. Cela pourrait s'expliquer par le niveau d'instruction et le faible niveau de vie socio-économique.

### **Aspect clinique :**

#### **Motif de consultation**

Les principaux motifs de consultation étaient la douleur, la tuméfaction soit 100% des cas, ce résultat est similaire à celui de Diawara F [38] au CHU-CNOS qui a trouvé 97% de cas de motifs dans cette ordre et à celui de Koné M [7] qui a trouvé 79,41% de cas de douleur, tuméfaction, trismus et de la fièvre. Cela pourrait s'expliquer par l'impotence fonctionnelle entraînée par la douleur et la

découverte de la tuméfaction qui est une inquiétude et une motivation à la consultation.

### **Délai de consultation**

Le délai de consultation dans notre étude allait de moins de 3 jours à plus de 14 jours avec des extrêmes de 1jour à 15 jours. Près de 55% ont consulté entre 3 et 7 jours ; 35,8% entre 7 et plus de 14 jours et 9,2% dans une période inférieure à 3 jours. Notre résultat est différent de celui de Diawara F [38] qui a trouvé un délai de consultation de 7-15 jours avec 55,90% des cas et de ceux de Sarr AB [3] au Sénégal qui a trouvé un délai de consultation de 5 à 15 jours avec 31,60% des cas. Cela pourrait s'expliquer par la facilité d'accès aux centres de santé.

### **Antécédents et état général :**

Nous avons 2 cas recensé de cellulite sur grossesse au cours de notre étude, soit 1,7%. Nos résultats sont similaires à ceux de MILOUNDJA [44] sur un échantillon de 32 cas.

Le Diabète et l'HTA représentaient les principaux antécédents médicaux avec un taux de 33,3% chacun ; Ce résultat est supérieur à celui de Diallo O.R [43] qui a trouvé une prévalence de cellulite de 0,8% chez les diabétiques avec un taux de 21% de décès sur une population de 1660 patients. On avait aussi l'asthme, la cardiopathie, l'ulcère gastro duodéal avec des proportions de 1,7% chacune ; la césarienne quant à elle représentait à elle seule 50% des antécédents chirurgicaux.

La quasi-totalité soit 97,5% de nos patients avait un bon état général donc était physiquement bien portant ; notre résultat est similaire à celui de Koné M [7] qui avait 55,88% de patients avec un état général, cela pourrait s'expliquer par la précocité de la prise en charge et le niveau de vie socio-économique.

La prise du tabac a été retrouvé dans 17,50% des cas suivi d'éthylique dans 9,17 % des cas. Cependant l'association tabac + Alcool a été retrouvé chez 4,7% des cas. Ces deux habitudes de vie constituent des facteurs risque des pathologies buccodentaires.

### **Aspect thérapeutique :**

Dans notre étude 76,7% des patients avaient reçu un traitement avant la consultation, environ 34,8% de nos patients avaient reçu un traitement de 2 jours ; 27,2% un traitement de 3 jours, 21,7% un traitement d'un seul jour.

L'association amoxicilline + Acide clavulanique + Métronidazole + Gentamicine utilisée avec 91,18% des cas. Cela pourrait s'expliquer par la sévérité de la pathologie.

Dans notre étude 1,7% des patients avaient une bonne hygiène buccodentaire, ce taux est inférieur à celui de Koné M [7] qui avait 8,82% et à celui de Sarr AB [3] au département de Mbacké en 2008 qui a trouvé que 12,3 % de la population d'étude avaient une bonne hygiène bucco-dentaire. Cependant 98,33% des patients avaient une mauvaise hygiène buccodentaire.

La mauvaise hygiène buccodentaire constitue un facteur favorisant des affections buccodentaires et en particulier les cellulites.

La mauvaise hygiène buccodentaire impacte négativement sur la santé orale en particulier et sur la santé générale et la qualité de vie de nos populations. Il existe une relation entre la mauvaise hygiène buccodentaire et les affections orales et les maladies chroniques non transmissibles car ils ont les mêmes facteurs de risques communs.

Dans notre étude, nous avons trouvé une corrélation entre les facteurs de risques (Diabète, grossesse, VIH et les types de cellulites d'origine dentaire). Cela pourrait s'expliquer par la mauvaise pratique de l'hygiène buccodentaire.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## **IX. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :**

### **CONCLUSIONS :**

C'est une étude descriptive de type transversale prospective qui a été menée au CHU-CNOS de Bamako du 1<sup>er</sup> octobre 2020 au 31 mars 2021. Les cellulites d'origine dentaire restent fréquentes et graves en pratiques odontostomatologique. Les adultes jeunes constituent la couche la plus concernée. Le faible niveau socio-économiques, le traitement traditionnel, le diabète, l'infection VIH, la mauvaise hygiène buccodentaire et la carie dentaire semblent être les facteurs déterminants dans la survenue de cette pathologie. La porte d'entrée étant essentiellement dentaire, l'espoir de voir reculer cette affection aux complications redoutables, repose sur la promotion, la prévention, le dépistage précoce et la prise en charge de ses affections.

## **RECOMMANDATIONS :**

Au terme de notre étude, nous recommandons :

### **1) Aux populations :**

- Pratiquer une bonne hygiène buccodentaire tout en fréquentant chaque 6 mois un centre odontostomatologique pour un contrôle,
- Participer aux campagnes de sensibilisation en matière d'hygiène buccodentaire
- Insister sur l'intérêt d'une consultation précoce en matière d'infection bucco-dentaire
- Eviter l'automédication qui peut compliquer une maladie évolutive

### **2) Aux personnels de santé :**

- Aux pharmaciens de conseiller aux malades une consultation précoce chez le chirurgien-dentiste
- Référer rapidement les patients ayants des affections bucco dentaires pour un avis spécialisé.
- Une collaboration plus étroite entre les médecins spécialistes.

### **3) Aux autorités politiques :**

- Impliquer davantage les leaders d'opinion (chefs de village, instituteurs) dans la promotion et prévention de la santé.
- Assurer une prise en charge gratuite des soins d'urgence aux malades indigents
- Renforcer le plateau technique des services de prise en charge des affections buccodentaires
- Des personnels qualifiés dans les périphéries pour une meilleure prise en charge précoce et l'orientation des affections buccodentaires dans les services spécialisés.

### **4) Aux tradithérapeutes :**

- Référer rapidement les patients ayants des pathologies buccodentaires pour un avis spécialisé

- Sensibiliser les tradithérapeutes en matières d'hygiène et pathologies buccodentaires

# **ICONOGRAPHIE**

## **X. ICONOGRAPHIES :**



**Basse droite en extension cervico-thoracique collectée (photo du service)**



**L'incision et drainage d'une cellulite sous mentale (photo du service)**



**Cellulite temporale gauche collectée (photo du service)**



**Cellulite sous mentale en extension cervico-thoracique collectée (photo du service)**



**L'incision et drainage de la cellulite sous mentale en extension cervico-thoracique (photo du service)**

## **XI. REFERENCES :**

1. **BADOU KE, BURAIMA F, YODA M, TRAORE KE, KOUASSI YM, TANON-ANO H MJ**  
Cellulite cervico-faciale au CHU de YOPOUGO (Abidjan), EDUCI 2014 Page 6
2. **CH. BERTHOLUS**  
Cellulite cervico faciale Urgences 2011 SFMU Conférences : infections cutanées  
Rev. Odontostomatologie-Tropical. 1991. 14(1) 17-20
3. **SARR. AB**  
Aspects clinique et thérapeutique des cellulites périmaxillaires dans le département de M'Backé Thèse de chirurgie dentaire : 2007. N 04
4. **Moorhead K, Guiahi M.**  
Pregnancy complicated by ludwig's angina requiring delivery. Infectious diseases obstetrics and gynecology. 2010: 3 p.
5. **Madame MIBINDZOU GISELE OGOULIGENDE INDJELE :**  
Les cellulites cervicales extensives, une expérience de prise en charge sur 21 cas en ORL de novembre 2004 à octobre 2005 Thèse de Médecine 2006 n° 249
6. **KOUYATE N**  
Contribution à l'étude des cellulites périmaxillaires d'origine dentaire dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du Centre National d'odontostomatologie de Bamako Thèse de Médecine N° 351
7. **Koné M**  
Cellulite à extension cervico thoracique au CHU DE Bamako sur 34 cas
8. **SOBNGWI E, MAUVAIS-JARVIS F, VEXIAU P, MBANYA JC, GAUTIER JF.** Diabetes in Africans. Part 1: epidemiology and clinical specificities. Diabetes Metab, 27 : 628-634, 2001.
9. **MATHIEU D, NEVIERE R, TELLON C, CHAGNON JL, LIBLEU N, WATTEL F.**  
Cervical necrotizing, fascitis : clinical manifestations and management. Clinical infectious diseases 1995, 21 : 51-6

**10. H ROUVIERE et A. DELMAS**

Anatomie Humaine (Descriptive, topographique et fonctionnelle)

**11. FRANK H, NETTER M.D**

Atlas d'Anatomie Humaine

Edition Sully, 1998, 2° Edition

**12. A GAILLARD**

Polycopies de stomatologie

DCEM Stomatologie 1987 24-33

**13. FRANK H, NETTER M.D**

Atlas d'Anatomie Humaine

Edition Sully, 1988, 2° Edition

**14. A GAILLARD**

Polycopies de stomatologie

DCEM Stomatologie 1987 24-33

**15. BENBOUZID M.D, BENHYAMMOU A, EL MISSAOU DIA, JAZOULI N, KZADRI M.**

Les cellulites cervico-faciales : 8 cas

Revue. Odontostomatologie 1999 10(4) -11-18

**16. PROF DIOMBANA ML**

Cours d'odontostomatologie Médecine générale 5° Année

**17. COLLEGE FRANÇAIS DE CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET DE STOMATOLOGIE**

Les lésions dentaires et gingivales

Université Claude Bernard de LYON 2005 –31P

**18. RICHARD L, DRAKE, WAYNE VOGADAM W.M, MITCHELL**

Anatomie pour les Etudiants

2006 Elsevier Masson SAS, page 945

**19. COLLEGE HOSPITALOUNIVERSITAIRE FRANÇAIS DE CHIRURGIE  
MAXILLO FACIALE ET DE STOMATOLOGIE**

Anatomie crânio-faciale – Université Médicale Virtuelle Francophone 2011 Pages  
9,10

**20. WIKIPEDIA- DENT**

Dernière modification de cette page le 26 mai 2014 à 01 : 27

**21. ALBERT HAUTEVILLE**

Anatomie des dents Humaines : Atlas Anatomie dentaire et Nomenclature.

**22. RAPPORTS DES 7<sup>o</sup> JOURNEES MEDICALES D'ABIDJAN AU 1989,  
MEDECINE AFRIQUE NOIRE, 1990 (37). 10**

**23. COLLEGE FRANÇAIS DE CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET DE  
STOMATOLOGIE**

Les lésions dentaires et gingivales

Université Claude Bernard de LYON 2005 –31P

**24. PELTIER (AP)**

Physiologie de l'inflammation et l'implication pour l'utilisation et les perspectives  
d'avenir des AINS.

Revue Praticien 1987, 37.2463-9

**25. RAPPORTS DES 7<sup>o</sup> JOURNEES MEDICALES D'ABIDJAN AU 1989,  
MEDECINE AFRIQUE NOIRE, 1990 (37). 10**

**26. COLLEGE HOSPITALOUNIVERSITAIRE FRANÇAIS DE CHIRURGIE  
MAXILLO FACIALE ET DE STOMATOLOGIE**

Anatomie crânio-faciale – Université Médicale Virtuelle Francophone 2011 Pages  
9,10

**27. RAPPORTS DES 7<sup>o</sup> JOURNEES MEDICALES D'ABIDJAN AU 1989,  
MEDECINE AFRIQUE NOIRE, 1990 (37). 10**

**28. PELTIER (AP)**

Physiologie de l'inflammation et l'implication pour l'utilisation et les perspectives  
d'avenir des AINS.

Revue Praticien 1987, 37.2463-9

**29. PERON JM, MANGEZ JF**

Cellulites et fistules d'origine dentaire

EMC. Stomatologie 22. 033A 10- 2002 – page 14

**30. ACHARD JL**

Révision Accélérée en Odontostomatologie

Edition Maloine 1988, pages 51-54

**31. PERON JM, MANGEZ JF**

Cellulites et fistules d'origine dentaire

EMC. Stomatologie 22. 033 A 10- 2002 P14

**32. ACHARD JL**

Révision accélérée en Odontostomatologie

Edition Maloine 1988 P51-54

**33. PERON JM, MANGEZ JL**

Cellulites et fistules d'origine dentaire

EMC. Stomatologie 22. 033 A 10- 2002 P14

**34. PONS J**

Les cellulites faciales aiguës diffuses (86).353. 9

Revue Stomatologie, chirurgie Maxillo-faciale, 1985

**35. GOGA, MAXANT PH, ROBIE A**

Les ostéites des maxillaires

EMC. Paris 9- 1988, 22062 D10

**36. DECHAUME M**

Complications cellulaires des infections dentaires et péri-dentaires

Précis de stomatologie. Paris : Masson 1966. 323-2

**37. PONS J**

Les cellulites faciales aiguës diffuses (86).353. 9

Revue Stomatologie, chirurgie Maxillo-faciale, 1985

**38. Diawara F.** Etude épidémiologique et clinique des cellulites du plancher buccal dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillofaciale du CHU-OS de Bamako : à propos de 102 cas. Thèse Méd. Bamako 2013 ; page 46.

**39. Kaba M, Cadot S, Miquel JL.**

Les cellulites périmaxillaires à l'hôpital provincial de Mouila (Gabon). Etude rétrospective de 3 ans (2 janvier 1989 - 2 janvier 1992). *Revue Stomatologie*, 324 A-75-83.

**40. Gadegbeku S, Crézoit G, Aka G, Ouattara B.**

Cellulites et phlegmons maxillo-faciaux graves en milieu africain. *Revue du COSA-CMF*, Vo12, no2,1995.

**41. Bengondo CH, Bita RC, Avang NTC, Meengong H, Bengono G.**

Cellulites et phlegmons d'origine dentaire au CHU de Yaoundé. *Rev. Odontostomatol. Tropical*.2006 ; 29 (113) : 22-26.

**42. DIALLO O.R, BALDE N.M, CONDE B, CAMARA S.A.T, BAH AT.**

Les cellulites cervico-faciales chez le patient diabétique au CHU de Conakry  
*EDUCCI* 2006 page 16

**43. Miloundja J et al**

Cellulites cervico-faciales diffuses 32 cas vus à Libreville. *Sante*. 2011, 21 (3) : 153-157.

## XII. ANNEXES

### Fiche d'enquête

N: .....

#### ETAT CIVIL :

Nom : ..... Prénom: .....

Sexe : masculin féminin Age : ..... ans

Nationalité : .....

Ethnie : .....

Profession : .....

Résidence (Provenance) : .....

Date de consultation : .....

Etat matrimonial : .....

Niveau d'instruction : .....

#### SUIVI HOSPITALIER

##### Mode de recrutement :

A/ Référé : ..... B/ Evacué : ..... C/ Venu(e) de lui-même : .....

D/ Sur recommandation : .....

##### Motif de consultation :

1/Douleur : ..... 2/Tuméfaction : ..... 3/Trismus : ..... 4/Fistule : .....

5/Perte de substance : ..... 6/Autres à préciser : .....

A : 1+2 B : 1+2+3 C : 1+2+3+4 D : 1+2+3+4+5

##### Délai de consultations :

< 3 jours : ..... De 3 à 7jours : ..... De 7 à 14 jours et plus : .....

Etat général du malade : Altéré : ..... Pas Altéré : .....

Antécédents Médicaux : .....

Antécédents Chirurgicaux : .....

##### Mode de vie (Habitudes Alimentaires) :

A/ Ethylique : ..... B/ Tabagique : ..... C/ Alcoolo-tabagique : .....

D/ Autres choses à préciser : .....

##### Traitement Reçu avant la consultation :

A/ Traditionnel : ..... Durée : ..... B/ Auto médication : .....

A base d'anti-inflammatoire : ..... Antalgique : ..... C/ Médical : .....

D/ Autres choses : .....

**Le terrain :**

**Immunodépression :**

- Diabète : ..... Type : ..... Sous :  
Insuline : ..... ADO : .....

Insuline / ADO : .....

- Infection à VIH : ..... Type : ..... Sous ARV : .....
- Les homéopathies : .....

**La grossesse :** ..... Trimestre : .....

**Hygiène buccodentaire :**

A / Bonne : ..... B/ Mauvaise : ..... C/ Médiocre: .....

D/ Autres choses : .....

**Type de cellulite :** .....

**Siège de cellulite (localisation) :** .....

**Diagnostic étiologique :**

A/ Carie Dentaire : ..... B/ Parodontopathies: .....

C/ Autres choses : .....

**Dents concernées :** .....

**Fistule :** Unique : ..... Multiple : ..... Muqueuse : ..... Cutanée : .....

**Complications :**

Péricardite : ..... Pleurésie : ..... Septicémie : .....

Autres choses : .....

**Hospitalisé(e) :** OUI : ..... NON : .....

**Durée de séjour :** .....

**Examens complémentaires :**

Bilan biologiques : .....

Bilan Radiologiques : Radiographie panoramiques : .....

Radiographie pulmonaires : .....

AUTRES : .....

**Types de traitement :**

A/ Médical : ..... B/ Chirurgical : ..... C/ Médico-chirurgical : .....

D/ Autres choses : .....

**Traitement médical :**

Antibiothérapie : ..... Anti-inflammatoire non stéroïdien : .....  
Glucocorticoïde : ..... Antalgiques : ..... Antiseptiques : .....  
Sérum : ..... Vitaminothérapie : ..... Oxygénothérapie : .....  
Autres à préciser : .....

**Traitement chirurgical :**

Incision : ..... Drainage : ..... Autres : .....

**Suivi post opératoire :**

1 mois : ..... 2 mois : ..... 3 mois : .....

**Evolution :**

Favorable : guérison      Défavorable : Complications voire décès

## **FICHE SIGNALETIQUE :**

**Prénom :** Baba Dioré

**Nom :** Sissoko

**Thème :** Etude des facteurs de risque de la survenue des cellulites d'origine dentaire au service de la Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale du CHU-CNOS de Bamako

**Période d'étude :** 6 Mois (1<sup>er</sup> Octobre 2020 au 31 Mars 2021)

**Ville de Soutenance :** Bamako à la faculté de Médecine

**Pays d'origine :** Mali

**Adresse Téléphonique :** (+223) 72521938 / 63680370

**Adresse E-mail :** Billbabagate@gmail.com

**Dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie

**Secteur d'intérêt :** Stomatologie, Odontologie, ORL et Chirurgie Maxillo-faciale et Santé publique.

### **Résumé :**

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive portant sur 120 cas de cellulites d'origine dentaire réalisée dans le service de Stomatologie et de chirurgie Maxillo-faciale du CHU-CNOS de Bamako du 1<sup>er</sup> octobre 2020 au 31 mars 2021. L'objectif de l'étude était d'étudier les facteurs de risques de la survenue des cellulites d'origine dentaire.

Le sexe féminin représentait 55,8 % des cas avec un sexe ratio de 1,26.

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 à 40 ans soit 57,5 % des cas. La moyenne d'âge a été 29,45 ans avec des extrêmes 2 et 80 ans. Les patients provenant de la ville de Bamako ont été les plus représentés avec 79,2 % des cas. Les ménagères représentaient 30,8 % des cas de nos patients.

La carie dentaire représentait la cause la plus fréquente avec 96,7 % des cas. Les molaires inférieures ont été les dents les plus représentées plus précisément deuxièmes (2) molaire inférieure droite avec 12,5 % des cas.

La majorité de nos patients était en ambulatoire seulement 49,2 % des cas hospitalisés. La durée d'hospitalisation de 3 et 8 jours était la plus fréquente soit 95,0 % des cas. Dans notre étude, l'évolution était favorable dans tous les cas avec 99,2 %. Au cours de notre étude, un seul cas de décès a été observé avec 0,8 % des cas.

Tous nos patients ont été suivis pendant au moins 1 mois.

**Mot clés :** Cellulite, facteurs de risque, dentaire, odontostomatologie.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et 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 je 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 sa 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 leurs pères.*

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

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

*Je le jure !!!*