

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2005 - 2006

THESE N° .....

**CELLULITES CERVICALES EXTENSIVES :  
UNE EXPERIENCE DE PRISE EN CHARGE  
ORL SUR 21 CAS  
(NOVEMBRE 2004 A OCTOBRE 2005)**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 08 Juillet 2006  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

**par Madame MIBINDZOU Gisèle OGOULIGENDE INDJELE**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat)**

**JURY :**

**Président :** Professeur Abdou A. **TOURE**  
**Membre :** Docteur Djibo M. **DIANGO**  
**Co-directeur :** Docteur Mohamed **KEITA**  
**Directeur :** Professeur Alhouseïni **AG MOHAMED**

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE**  
**ANNEE UNIVERSITAIRE 2005 - 2006**

**Administration**

**Doyen** : Anatole TOUNKARA – Professeur

1<sup>er</sup> Assesseur : Drissa DIALLO – Maître de conférence Agrégé

2<sup>ème</sup> Assesseur : Sékou SIDIBE – Maître de conférences

Secrétaire Principal : Yénimégué Albert DEMBELE – Professeur

Agent comptable : Madame Coulibaly Fatoumata TALL – Contrôleur des finances

**Professeurs honoraires**

Mr Allou BA

Mr Bocar SALL

Mr Souleymane SANGARE

Mr Yaya FOFANA

Mr Mamadou L. TRAORE

Mr Balla COULIBALY

Mr Mamadou DEMBELE

Mr Mamadou KOUMARE

Mr Ali Nouhoum DIALLO

Mr Aly GUINDO

Ophtalmologie

Orthopédie Traumatologie – Secourisme

Pneumo-phtisiologie

Hématologie

Chirurgie générale

Pédiatrie

Chirurgie générale

Pharmacognosie

Médecine interne

Gastro-entérologie

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE**

**D.E.R Chirurgie et spécialités chirurgicales**

**1. Professeurs**

Mr Abdel Karim KOUMARE

Mr Sambou SOUMARE

Mr Alhousseini AG MOHAMED

Mme SY Assitan SOW

Mr Salif DIAKITE

Mr Abdou Alassane TOURE

Mr Kalilou OUATTARA

Mr Amadou DOLO

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

ORL

Gynéco-Obstétrique

Gynéco-Obstétrique

Orthopédie – Traumatologie, **Chef de D.E.R**

Urologie

Gynéco Obstétrique

**2. Maîtres de conférences agrégés**

Mr Abdoulaye DIALLO

Mr Djibril SANGARE

Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP

Mr Gangaly DIALLO

Mr Mamadou Traoré

Ophtalmologie

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Chirurgie Viscérale

Gynéco-Obstétrique

### **3. Maîtres de conférences**

Mr Tiéman COULIBALY  
Mr Sékou SIDIBE  
Mr Abdoulaye DIALLO  
Mr Filifing SISSOKO  
Mme J. Thomas TRAORE  
Mr Mamadou L DIOMBANA

Orthopédie – Traumatologie  
Orthopédie – Traumatologie  
Anesthésie – Réanimation  
Chirurgie Générale  
Ophtalmologie  
Stomatologie

### **4. Maîtres assistants**

Mr Zimogo Zié SANOGO  
Mme TOGOLA Fanta KONIPO  
Mr Samba Karim TIMBO  
Mr Youssouf COULIBALY  
Mme Fatimata DIALLO S. DIABATE  
Mr Sadio YENA  
Mr Issa DIARRA

Chirurgie Générale  
O.R.L  
O.R.L  
Anesthésie – Réanimation  
Gynéco-obstétrique  
Chirurgie Générale et thoracique  
Gynéco-obstétrique

### **5. Assistants chefs de clinique**

Mr Nouhoum ONGOIBA  
Mr Zanafon OUATTARA  
Mr Adama SANGARE  
Mr Sanoussi BAMANI  
Mr Doulaye SACKO  
Mr Ibrahim ALWATA  
Mr Lamine TRAORE  
Mr Mady MAKALOU  
Mr Aly TEMBELY  
Mr Niani MOUNKORO  
Mme Djénéba DOUMBIA  
Mr Tiémoko D. COULIBALY  
Mr Souleymane TOGORA  
Mr Mohamed KEITA  
Mr Bourama MAIGA

Anatomie & Chirurgie Générale  
Urologie  
Orthopédie – Traumatologie  
Ophtalmologie  
Ophtalmologie  
Orthopédie – Traumatologie  
Ophtalmologie  
Orthopédie – Traumatologie  
Urologie  
Gynéco-obstétrique  
Anesthésie – Réanimation  
Odontologie  
Odontologie  
O.R.L  
Gynéco-Obstétrique

## **D.E.R Sciences fondamentales**

### **1. Professeur**

Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Abdourhamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Minérale
Mr Siné BAYO	Anatomie – Pathologie – Histoembryologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie, <b>Chef de D.E.R</b>

### **2. Maîtres de conférences agrégés**

Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie - Virologie

### **3. Maîtres de conférences**

Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie Médicale
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

### **4. Maîtres assistants**

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Abdourhamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUKOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie - Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie - Pathologie

## **5. Assistants**

Mr Mangara M. BAGAYOKO  
Mr Guimogo DOLO  
Mr Abdoulaye TOURE  
Mr Djibril SANGARE  
Mr Mouctar DIALLO  
Mr Boubacar TRAORE  
Mr Bokary Y. SACKO

Entomologie Moléculaire Médicale  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Biologie - Parasitologie  
Immunologie  
Biochimie

## **D.E.R de médecine et de spécialités médicales**

### **1. Professeurs**

Mr Boubacar DIALLO  
Mr Somita KEITA  
Mr Abdoulaye Ag RHALY  
Mr Mamadou K. TOURE  
Mr Mahamane MAIGA  
Mr Baba KOUMARE  
Mr Moussa TRAORE  
Mr Issa TRAORE  
Mr Mamadou M. KEITA  
Mr Hamar A. TRORE  
Mr Dapa Aly DIALLO  
Mr Moussa Y. MAIGA

Cardiologie  
Dermato-lèprologie  
Médecine Interne  
Cardiologie  
Néphrologie  
Psychiatrie, **Chef de D.E.R**  
Neurologie  
Radiologie  
Pédiatrie  
Médecine interne  
Hématologie  
Gastro-Entérologie-Hépathologie

### **2. Maîtres de conférences agrégés**

Mr Mamadou DEMBELE  
Mr Toumani SIDIBE  
Mr Bah KEITA  
Mr Moussa Y. MAIGA  
Mr Abdel Kader TRAORE  
Mr Siaka SIDIBE

Médecine Interne  
Pédiatrie  
Pneumo-phtisiologie  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Radiologie

### **3. Maîtres de conférences**

Mr Bougouzié SANOGO  
Mr Bou DIAKITE  
Mr Bakoroba COULIGALY  
Mr Mamady KANE  
Mr Saharé FONGORO

Gastro-entérologie  
Psychiatrie  
Psychiatrie  
Radiologie  
Néphrologie

#### **4. Maîtres assistants**

Mr Douada K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie

#### **5. Assistants chefs de clinique**

Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahadou B. TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hepatho-gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hepatho-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sougalo DAO	Maladies Infectieuses
Mr Cheick Oumar GIUNDO	Neurologie

### **D.E.R des Sciences Pharmaceutiques**

#### **1. Professeurs**

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique, <b>chef de D.E.R</b>

#### **2. Maîtres de conférences agrégés**

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique

#### **3. Maîtres de conférences**

Mr Alou KEITA	Galéniques
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie, <b>Chef de D.E.R</b>

#### **4. Maîtres assistants**

Mme Rokia SANOGO  
Mr Benoît KOUMARE  
Mr Ababacar I. MAIGA  
Mr Yaya KANE

Pharmacognosie  
Chimie analytique  
Toxicologie  
Galénique

#### **5. Assistants**

Mr Saïbou MAIGA  
Mr Ousmane KOITA

Législation  
Parasitologie Moléculaire

### **D.E.R de Santé Publique**

#### **1. Professeur**

Mr Sanossi KONATE  
Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique  
Santé Publique, **Chef de D.E.R**

#### **2. Maître de conférence agrégé**

Mr Moussa A. MAIGA

Santé Publique

#### **3. Maîtres assistants**

Mr Boca G. TOURE  
Mr Adama DIWARA  
Mr Hamadou SANGHO  
Mr Masambou Sacko  
Mr Alassane A. DICKO

Santé Publique  
Santé Publique  
Santé Publique  
Santé Publique  
Santé Publique

#### **4. Assistants**

Mr Samba DIOP  
Mr Seydou DOUMBIA  
Mr Oumar THIERO

Anthropologie Médicale  
Epidémiologie  
Biostatistique

## **Chargés de cours & enseignants vacataires**

<i>Mr N'golo DIARRA</i>	<i>Botanique</i>
<i>Mr Bouba DIARRA</i>	<i>Bactériologie</i>
<i>Mr Salikou SANOGO</i>	<i>Physique</i>
<i>Mr Bokari Y. SACKO</i>	<i>Biochimie</i>
<i>Mr Boubacar KANTE</i>	<i>Galénique</i>
<i>Mr Souleymane GUINDO</i>	<i>Gestion</i>
<i>Mme DEMBELE Sira DIARRA</i>	<i>Mathématiques</i>
<i>Mr Modibo DIARRA</i>	<i>Nutrition</i>
<i>Mme MAIGA Fatoumata SOKONA</i>	<i>Hygiène du Milieu</i>
<i>Mr Arouna COULIBALY</i>	<i>Mathématiques</i>
<i>Mr Mahamadou TRAORE</i>	<i>Génétique</i>
<i>Mr Souleymane COULIBALY</i>	<i>Psychologie Médicale</i>
<i>Mr Yaya COULIBALY</i>	<i>Législation</i>
<i>Mme Rokia SANOGO</i>	<i>Pharmacognosie</i>
<i>Mr Boubacar TRAORE</i>	<i>Pharmacognosie</i>
<i>Mr Saïbou MAIGA</i>	<i>Législation</i>
<i>Mr Ousmane KOITA</i>	<i>Parasitologie Moléculaire</i>
<i>Mr Samba DIOP</i>	<i>Anthropologie Médicale</i>
<i>Mr Seydou DOUMBIA</i>	<i>Epidémiologie</i>
<i>Mr Oumar THIERO</i>	<i>Biostatistique</i>
<i>Mr Mangara M. BAGAYOGO</i>	<i>Entomologie Moléculaire Médicale</i>
<i>Mr Guimogo DOLO</i>	<i>Entomologie Moléculaire Médicale</i>
<i>Mr Abdoulaye TOURE</i>	<i>Entomologie Moléculaire Médicale</i>
<i>Mr Djibril SANGARE</i>	<i>Entomologie Moléculaire Médicale</i>
<i>Mr Mouctar DIALLO</i>	<i>Biologie – Parasitologie</i>

## **Enseignants en mission**

<i>Pr. Doudou BA</i>	<i>Bromatologie</i>
<i>Pr. Babacar FAYE</i>	<i>Pharmacodynamie</i>
<i>Pr. Eric PICHARD</i>	<i>Pathologie Infectieuse</i>
<i>Pr. Mounirou CISSE</i>	<i>Hydrologie</i>
<i>Pr. Amadou Papa DIOP</i>	<i>Biochimie</i>



# DEDICACES

*Thèse présentée par Gisèle OGOULIGENDE INDJELE épouse MIBINDZOU sous la direction du Pr Alhousseïni AG MOHAMED et du Dr Mohamed KEITA*

*Je dédie ce travail à :*

*Mon père le pasteur Jean-Noël OGOULIGUENDE INDJELE « **Homme de paix et de sagesse** », tu as été sévère dans cette éducation qui fait de nous ce que nous sommes au jour d'aujourd'hui.*

*Ma mère Naomi OGOULIGUENDE née NFEUMBI « **Femme de prière, femme battante de sagesse et d'amour** », tu as su donner à tous tes enfants le maximum d'attention et d'amour.*

*Puisse notre Dieu vous accorder à papa et à toi encore la vie afin que vous jouissiez des bienfaits de vos fils et de vos filles tout au long de votre vieillesse.*

*Mon oncle feu Alain PODO et à ma tante Rebecca PODO née MBAGHMI « **Femme de foi** », tu es un exemple pour tous. Trouve ici l'expression de ma profonde gratitude et puisse notre Dieu t'accorder ce que ton cœur désire le plus au monde.*

*Mes frères et sœurs : Berthe, Christiane, Nicole, Rodrigue, Dorothée, Marcel (papi), Anne-Marielle, Grâce –Murielle, feu Grand Yaya, Ya Clarisse, Ya Julienne, Ya Epée, Michel, Mauricette, Guilain, Emmanuel, Hermann, Milka, Eli, Chaleb, Benjamin, Innocente, Liliane, Théophile, Kader, Daouda et j'en oublie certainement. Que tous trouvent ici ma sincère reconnaissance.*

*L'atmosphère familiale et cordiale que nous entretenons m'a permis d'être ce que je suis au jour d'aujourd'hui.*

*Votre attitude de toujours satisfaire le désir des autres fait que vous êtes tous amis à moi. Cette attitude est une force de caractère qui fait votre grandeur et vous rend enviable.*

*Ce faisant, rendons grâce à Dieu en souhaitant que perdure entre nous la sincérité.*

*Mes fils et filles : Feu Naomi Iris Armelle, Jean-Azel, Yann-Daniel, Gilles-Andel, Marie-Céline, Késia, Elièle, Gildorick, Feu Fild, Eli, Djo, Merlance, Guidorlaine, Jancette, Glenn, Fild, régis, Alpi, Christ, Brefandra, Michelin et ceux que je n'ai pas cités.*

*Que notre Dieu vous accorde la longévité pour lire votre mère.*

*Mon époux Ange MIBINDZOU MOUELET « **Homme de rigueur, de sagesse et d'amour** », tu me donnes chaque jour que Dieu fait cette rigueur dans le travail et la vie et les mots me manquent pour t'exprimer ma reconnaissance car ceci est ton deuxième doctorat.*

*Aussi puisse notre Dieu nous accorder de finir nos jours ensemble car que l'homme ne sépare pas ce que Dieu a uni.*

# REMERCIEMENTS

*Thèse présentée par Gisèle OGOULIGENDE INDJELE épouse MIBINDZOU sous la direction du Pr Alhousseïni AG MOHAMED et du Dr Mohamed KEITA*

*Mes remerciements les plus sincères et les plus chaleureux s'adressent :*

*Au Dieu Tout Puissant qui prend soin de moi et de ma famille tous les jours.*

*Seigneur veille toujours diriger mes pas, car l'homme propose mais Dieu dispose.*

*A tout le personnel du service d'Oto-rhino-laryngologie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE particulièrement les docteurs Timbo Samba Karim, Togola Fanta Konipo, Traoré Lamine, Doumbia Kadiatou Singaré. Le cadre de travail que vous m'avez offert me restera gravé à l'esprit.*

*A tout le personnel du Centre National de Transfusion sanguine, particulièrement au Docteur KOUEGNIGAN RERAMBIAN Léonard.*

*A la famille TOURE, à la famille KANTE, maman Binta et papa Kante que Dieu vous bénisse pour cet accueil que vous m'avez réservé.*

*A ma nouvelle famille (la famille MOUELET) particulièrement papa et maman trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.*

*A tous mes maîtres ceux sans lesquels on ne saurait parler d'élèves, je vous remercie très ardemment. Retrouvez ici à travers ma modeste personne toute la satisfaction du service rendu.*

*A tous ceux qui furent mes compagnons sur cette tumultueuse piste qui me mène à mon parchemin.*

*A cette très chère terre malienne, pour m'avoir accueillie dans ce cher **djatiguiya**.*

*A mon pays le Gabon pour m'avoir fait bénéficier d'une bourse d'étude pour le Mali.*

*A tous les gabonais du Mali regroupés au sein de l'association des Elèves, Etudiants et Stagiaires Gabonais au Mali (ASSESGAM). Recevez présentement chers compatriotes mes sincères remerciements.*

*Enfin, à tous ceux qui m'ont encouragé tout au long de mes études, cette thèse c'est un peu chacun de vous qui l'avez écrite.*

*REMERCIEMENTS*  
*REMERCIEMENTS*  
*AUX MEMBRES*  
*DU JURY*

*Thèse présentée par Gisèle OGOULIGENDE INDJELE épouse MIBINDZOU sous la direction du Pr Alhousseïni AG MOHAMED et du Dr Mohamed KEITA*

# *A notre Maître et Président du jury*

## **Professeur Abdou Alassane TOURE**

- *Professeur agrégé d'Orthopédie – traumatologie ;*
- *Chef du DER de Chirurgie de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie ;*
- *Chef du service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie du CHU de Gabriel Touré ;*
- *Directeur Général de l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé ;*
- *Président de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie (SOMACOT) ;*
- *Chevalier de l'Ordre National du Mali.*

*Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury.*

*Votre dévouement pour l'enseignement, la recherche et votre rigueur scientifique ne sont plus à démontrer.*

*Veillez trouver par ces quelques mots, l'expression de notre profonde reconnaissance et nos remerciements les plus chaleureux.*

# *A notre Maître et juge*

## **Docteur Djibo DJANGO**

- *Spécialiste en Anesthésie – réanimation ;*
- *Spécialiste en Médecine d'Urgence ;*
- *Membre de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation ;*
- *Secrétaire Général de la Société d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence du Mali*
- *Chargé de cours d' Anesthésie et de Réanimation au Centre de Spécialité pour Techniciens Supérieurs ;*
- *Chef de service adjoint du service d'Anesthésie et de Réanimation du CHU Gabriel Touré.*

*C'est un réel plaisir pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury.*

*Votre simplicité dans l'art de transmettre la connaissance nous a largement convaincu.*

*Veillez trouver ici l'expression de notre plus profond respect.*

# A notre Maître et Directeur de Thèse

## **Professeur Alhousseïni Ag MOHAMED**

- *Professeur titulaire d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale ;*
- *Président de l'Ordre National des Médecins du Mali ;*
- *Président de la Société Malienne d'ORL et de CCF ;*
- *Membre fondateur de la Société d'ORL d'Afrique et de la Société Panafricaine d'ORL ;*
- *Membre du Conseil Economique Social et Culturel ;*
- *Chef de Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-facial du CHU Gabriel Touré ;*
- *Ancien Vice-Doyen de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie ;*
- *Président du comité Médical d'Etablissement du CHU Gabriel Touré ;*
- *Chevalier de l'Ordre National du Mali ;*
- *Chevalier de l'Ordre National du Lion du Sénégal.*

*C'est pour nous un grand privilège que vous ayez accepté de diriger ce travail.*

*Malgré vos multiples occupations vous n'avez ménagé ni votre temps ni vos efforts pour assurer la conduite de ce travail.*

*Votre courage et votre détermination pour la recherche et l'enseignement font de vous un exemple exceptionnel à suivre.*

*Veillez trouver ici notre profonde gratitude.*

# A notre Maître et Co-directeur de thèse

## **Docteur Mohamed KEITA**

*Assistant chef de clinique en ORL*

*Votre dévouement pour l'enseignement et votre rigueur scientifique sont connus de tous.*

*Veillez trouver dans cet ouvrage mes remerciements les plus chaleureux et mes sentiments de profond respect.*

# ABREVIATIONS

*Thèse présentée par Gisèle OGOULIGENDE INDJELE épouse MIBINDZOU sous la direction du Pr Alhousseïni AG MOHAMED et du Dr Mohamed KEITA*



AINS :	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
BAAR :	Bacille alcool-acido résistant
C <sub>5</sub> :	Cinquième vertèbre cervicale
C <sub>6</sub> :	Sixième vertèbre cervicale
C <sub>7</sub> :	Septième vertèbre cervicale
C <sub>8</sub> :	Huitième vertèbre cervicale
CCF :	Chirurgie Cervico-facial
CDC :	Center for Disease Control and prevention
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CNHU :	Centre National Hospitalier Universitaire
CRP :	Protéine C réactive
DER :	Département
GB :	Globule blanc
h :	Heure
HGT :	Hôpital Gabriel Touré
INFSS :	Institut National de Formation en science de la Santé
J <sub>0</sub> :	Premier jour
J <sub>1</sub> :	Deuxième jour
J <sub>6</sub> :	septième jour
J <sub>8</sub> :	Neuvième jour
J <sub>9</sub> :	Dixième jour
l :	litre
mg :	Milligramme
ORL :	Oto-rhino-laryngologie
SOMACOT :	Société Malienne de Chirurgie Orthopédique
TDM :	Tomodensitométrie
VIH :	virus de l'immunodéficience humaine
/ :	par

# SOMMAIRE

*Thèse présentée par Gisèle OGOULIGENDE INDJELE épouse MIBINDZOU sous la direction du Pr Alhousseïni AG MOHAMED et du Dr Mohamed KEITA*

## Introduction

## Objectifs

### Chapitre 1 : Généralités

1. Rappels anatomiques
2. Rappels cliniques

### Chapitre 2 : Notre étude

1. Méthodologie
2. Résultats

## Commentaires & discussions

## Conclusion

## Recommandations

## Références bibliographiques

## Annexes

# INTRODUCTION

*Thèse présentée par Gisèle OGOULIGENDE INDJELE épouse MIBINDZOU sous la direction du Pr Alhousseïni AG MOHAMED et du Dr Mohamed KEITA*

La cellulite cervicale extensible est une infection diffuse du tissu cellulo-aponévrotique du cou [21]. Elle se présente comme une infection de « contiguïté » à l'inverse des infections de propagation lymphatique ou hémotogène. Elle est habituellement secondaire à une contamination transmuqueuse dont les portes d'entrées sont principalement dentaire, buccale ou pharyngée.

Elle constitue une des urgences infectieuses les plus redoutables en ORL [53] réalisant une infection sévère, névrosante touchant initialement les fascias puis s'étendant aux tissus avoisinants et surtout au médiastin.

Ainsi trouve-t-on un intérêt marqué à cette affection à travers la littérature médicale internationale anglo-saxonne et francophone [7,9,12,29,30,34,41,42,43 ] où tous sont unanimes à souligner que :

- Bien que rare, le tableau clinique peut apparaître comme soit une cellulite banale suivie d'une brusque diffusion cervicale, soit une cellulite rapidement extensive accompagnée d'agitation et d'angoisse. Les signes associés de manière inconstante peuvent aller de la dyspnée, à la dysphagie et l'hypersialorrhée ; ainsi les crépitations neigeuses et les signes toxi-infectieux ne sont pas rares.
- La gravité du tableau clinique initial ou en cours d'évolution fait de leur prise en charge un véritable défi clinique.
- Ces infections sont associées à une morbidité potentiellement importante et à un risque significatif de mortalité [52] ;

En Afrique subsaharienne les études publiées ces dernières dix années ne semblent pas bien nombreuses. Cependant au Bénin ainsi qu'au Togo [26,29], les auteurs ont confirmé la gravité de ces infections diffuses cervicales mais il semble que cette affection soit plus significativement attachée à un niveau de vie assez modeste.

Au Mali, à ce jour nous n'avons pas retrouvé de travail publié sur le sujet. Ainsi a-t-on décidé d'initier ce travail tout en se fixant un certain nombre d'objectifs.

# OBJECTIFS

## *Objectif Général :*

Etudier le profil étiolo-épidémiologique et clinique des cellulites cervicales extensives.

## *Objectifs Spécifiques :*

- Etudier les facteurs favorisants ;
- Décrire les principaux tableaux cliniques rencontrés dans notre contexte ;
- Etudier les facteurs limitants de la prise en charge ;
- Etudier la prise en charge.

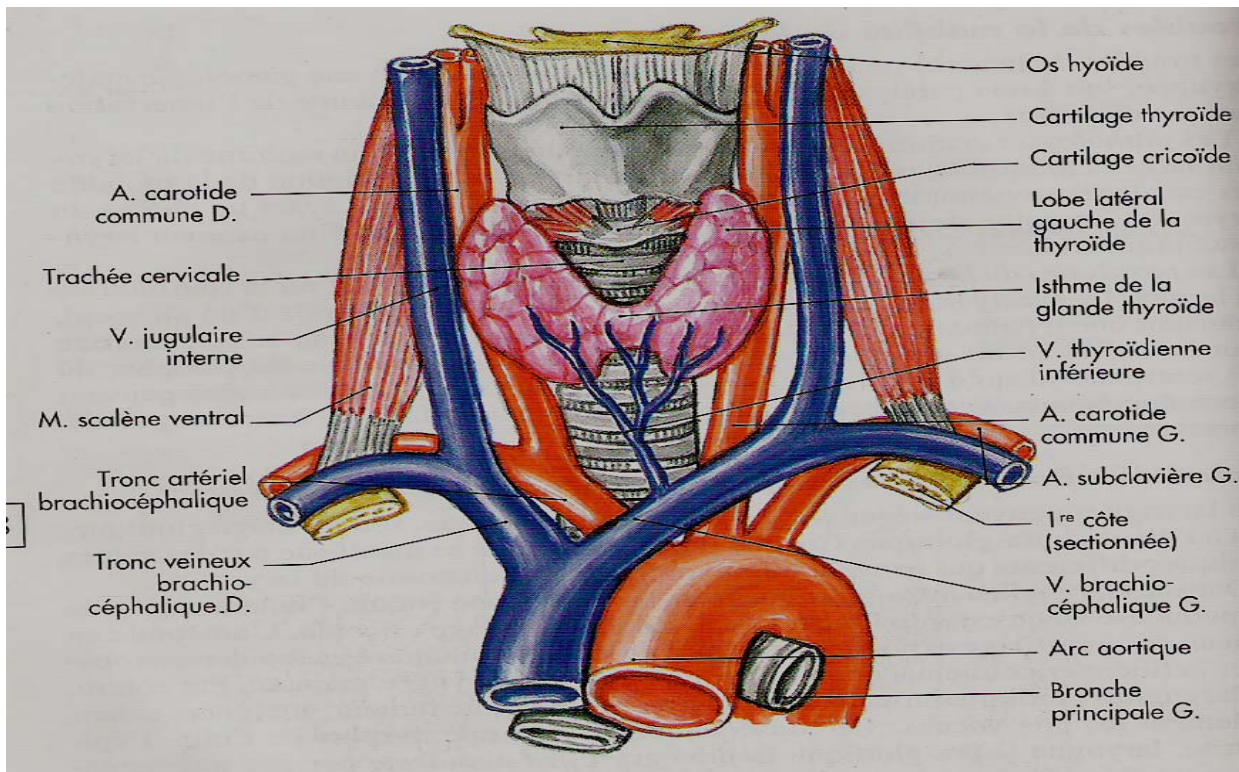
# CHAPITRE I

# GENERALITES

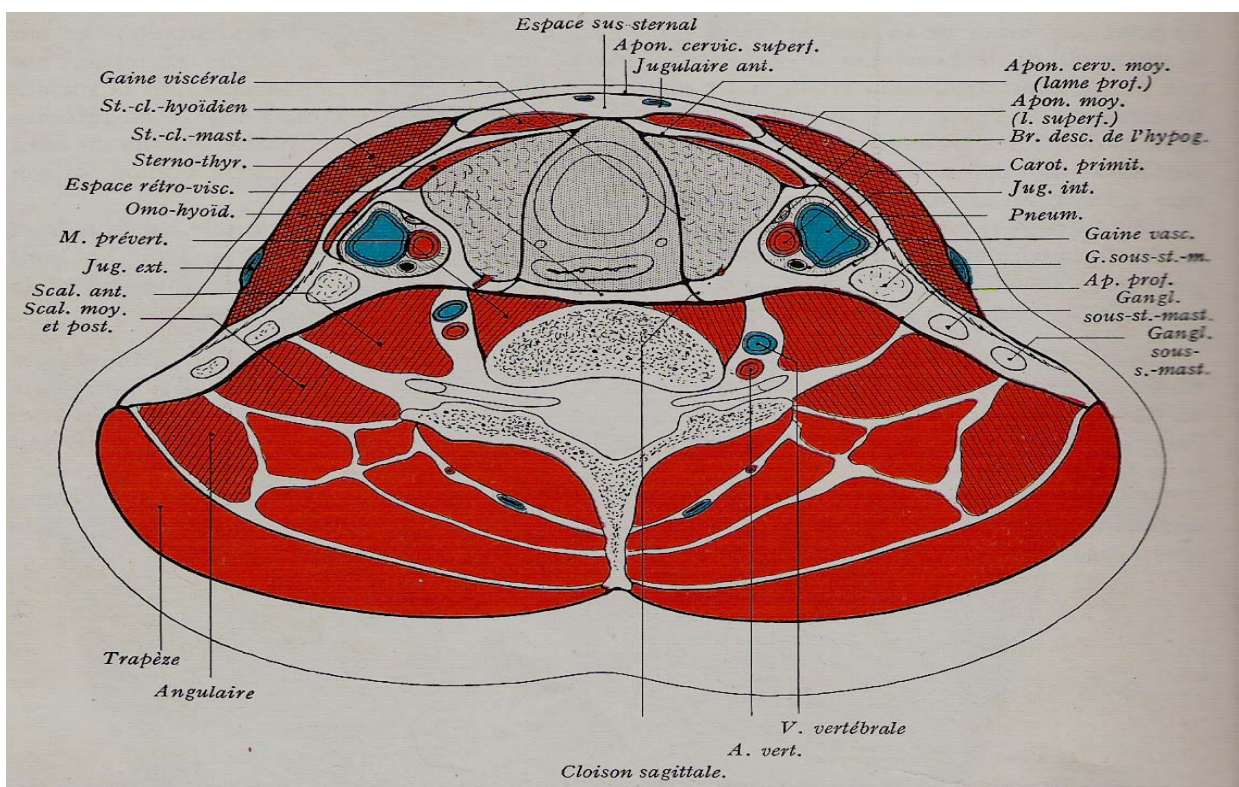
*Thèse présentée par Gisèle OGOULIGENDE INDJELE épouse MIBINDZOU sous la direction du Pr Alhousseïni AG MOHAMED et du Dr Mohamed KEITA*



# 1. Rappels anatomiques [8,10]



**Figure 1 : Vue antérieure du cou montrant les axes vasculaires [10]**



**Figure 2 : Coupe transversale du cou passant par C<sub>6</sub> [10]**



## **1.1. La région sus-hyoïdienne**

Elle est limitée superficiellement :

- En bas par une ligne horizontale passant par le corps de l'os hyoïde ;
- En haut par le bord inférieur, concave en arrière du maxillaire inférieur ;
- Latéralement par le bord antérieur des deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens.

En allant de la profondeur à la surface, la région sus-hyoïdienne comprend :

- Un cadre squelettique formé par l'os hyoïde et le maxillaire inférieur ;
- Une couche musculaire profonde ;
- Une aponévrose superficielle ;
- Un contenu glandulaire, vasculaire et nerveux ;
- Des plans superficiels.

### **1.1.1. Le cadre squelettique**

#### **1.1.1.1. Le maxillaire inférieur**

Il est formé par un bord inférieur épais et mousse, à concavité postérieure et d'une face interne, croisée obliquement d'avant en arrière et de bas en haut par une ligne oblique : la ligne mylo-hyoïdienne d'une part et qui présente d'autre part d'arrière en avant trois dépressions : la gouttière mylo-hyoïdienne, la fossette sous-maxillaire, la fossette digastrique.

#### **1.1.1.2. L'os hyoïde**

Os impair, médian et symétrique, il donne insertion au squelette fibreux de la langue et marque la limite entre les régions sus et sous-hyoïdiennes.

Il est situé au-dessus du larynx et un peu au-dessous du maxillaire inférieur dans la concavité duquel il s'inscrit.

En forme de fer à cheval il comprend :

- Une partie médiane, le corps de l'os hyoïde ;
- Les petites cornes : apophyses ovoïdes longues de cinq à huit

millimètres qui s'implantent à la partie externe du bord supérieur du corps de l'os et se dirigent obliquement en haut, en dehors et en arrière ;

- Les grandes cornes postéro-latérales qui se terminent en arrière par une extrémité renflée : le tubercule postérieur repère classique en médecine opératoire.

### **1.1.2. Le plan musculaire**

#### **1.1.2.1. Le mylo-hyoïdien**

C'est un muscle aplati et quadrilatère. Il sépare la région sus-hyoïdienne du plancher de la bouche. Il s'insère sur toute l'étendue de la ligne mylo-hyoïdienne de la face interne du maxillaire inférieur. Les fibres les plus postérieures se terminent sur la face antérieure du corps de l'os hyoïde et les fibres antérieures sur le raphé médian. Il est innervé par le nerf mylo-hyoïdien. Il intervient dans le premier temps de la déglutition et dans l'émission de sons aigus.

#### **1.1.2.2. L'Hyo-glosse**

Il n'appartient à la région sus-hyoïdienne que par ses faisceaux les plus postérieurs naissant de la grande corne de l'os hyoïde.

#### **1.1.2.3. Le Stylo-hyoïdien**

Il n'appartient à la région que par sa partie inférieure.

#### **1.1.2.4. Le Digastrique**

Il naît au niveau de la mastoïde. Le ventre antérieur va se fixer à la face interne du maxillaire inférieur, près de la ligne médiane, dans la fossette digastrique. Il est innervé par le nerf mylo-hyoïdien. Le ventre postérieur reçoit un rameau du glosso-pharyngien.

### **1.1.3. Le plan aponévrotique**

La région sus-hyoïdienne est recouverte par l'aponévrose cervicale superficielle. Mais celle-ci à ce niveau ne se moule pas exactement sur les plans sous-jacents. Adhérente en certains points aux plans profonds, elle s'en écarte ailleurs pour former de véritables loges aux organes situés dans la région sus-hyoïdienne.

L'aponévrose cervicale superficielle en effet se détache en haut du bord inférieur du maxillaire. A la partie médiane de la région elle enveloppe les ventres antérieurs des digastriques et tapisse le plan du mylo-hyoïdien. En bas elle se poursuit au-delà de l'os hyoïde vers la région sous-hyoïdienne. Mais un peu après avoir croisé l'os hyoïde, elle émet par sa face profonde un feuillet réfléchi qui remonte se fixer au bord de l'os hyoïde. Ce feuillet en forme de sangle concave en haut forme le plancher d'une logette limitée par ailleurs par le plan musculaire et par la face interne du maxillaire et qui n'est autre que la loge sous-maxillaire.

En arrière et latéralement, l'aponévrose superficielle se dédouble pour engainer le sterno-cléido-mastoïdien. Mais au niveau de l'angle de la mâchoire elle s'épaissit en un trousseau fibreux tendu de l'angle de la mâchoire au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et constitue la bandelette maxillaire qui sépare la région de la loge parotidienne située plus en arrière et plus en haut.

#### **1.1.4. Le contenu de la région sus-hyoïdienne**

##### **1.1.4.1. La glande sous-maxillaire**

C'est la plus volumineuse des glandes salivaires après la parotide. Elle a la forme et le volume d'une grosse amande de couleur gris rosé, d'aspect lobulé, de consistance ferme et d'un poids de six à huit grammes.

Elle est située à la partie latérale de la région sus-hyoïdienne dans une loge bien individualisée : la loge sous-maxillaire.

##### **1.1.4.2. Les artères profondes de la région sus-hyoïdienne**

Elles sont essentiellement représentées par l'artère linguale et l'artère faciale qui elle naît de la carotide externe en arrière et un peu au-dessus de l'os hyoïde, et certaines de ses branches : les artères de la sous maxillaire, l'artère sous mentale qui est une des branches les plus volumineuses de la faciale.

##### **1.1.4.3. Les Veines**

Leur disposition est différente de celles des artères de la région. Ce sont : la veine faciale et les veines linguales superficielles.

#### **1.1.4.4. Les lymphatiques**

Ils se répartissent en deux groupes ganglionnaires :

- Un groupe antérieur ou sous mental qui draine la lymphe de la lèvre inférieure et du menton ;
- Un groupe antérieur ou sous-maxillaire beaucoup plus important constitué par un groupe pré-glandulaire à la face superficielle de la glande et un rétro-glandulaire.

#### **1.1.4.5. Les Nerfs**

Ils sont au nombre de trois : le grand hypoglosse, le nerf mylo-hyoïdien et le lingual.

#### **1.1.5. Les Plans Superficiels**

Ils comprennent le tissu cellulaire sous-cutané et la peau.

##### **1.1.5.1. Le tissu cellulaire sous-cutané**

Il comprend :

- Une couche superficielle aréolaire plus ou moins riche en graisse qui chez des sujets adipeux soulève la peau pour former un double ou un triple menton ;
- Une couche profonde lamellaire ou fascia transversalis contenant :
  - a.** Le peaucier du cou (Platysma) qui est une lame musculaire très mince née de la face profonde de la peau de la région mentonnaire et des commissures labiales. Il n'appartient à la région sus-hyoïdienne que par ses fibres supérieures qui s'entrecroisent sur la ligne médiane et se poursuit plus bas et plus en dehors dans les plans superficiels des régions sus-hyoïdienne, carotidienne et sus-claviculaire.
  - b.** Les artères superficielles qui sont des petites branches des artères sous mentales.
  - c.** Les veines également de petit calibre qui ont une direction descendante et se groupent rapidement en deux troncs verticaux et paramédians qui forment l'origine des veines jugulaires antérieures.

**d.** Les nerfs superficiels qui comprennent des rameaux sensitifs issus de la branche cervicale transverse du plexus cervical superficiel ; surtout le rameau mentonnier du facial qui croise l'artère faciale au moment où celle-ci croise le bord du maxillaire mais qui souvent se situe plus bas, dans les plans superficiels recouvrant la glande sous-maxillaire. Ce rameau doit être soigneusement repéré et ménagé au cours des interventions portant sur la région car sa blessure entraîne une paralysie des muscles des lèvres extrêmement disgracieuse et une asymétrie faciale.

### **1.1.5.2. La peau**

Glabre chez la femme et l'enfant, elle est recouverte chez l'homme par les poils de la barbe. Souple, épaisse, extensible, souvent soulevée par le tissu graisseux sous-jacent elle est bien vascularisée et peut constituer un bon matériel d'autoplastie.

## **1.2. La région sous-hyoïdienne**

Dans son ensemble la région sous-hyoïdienne a la forme d'un triangle isocèle dont la base supérieure serait formée par l'os hyoïde, le sommet tronqué par la fourchette sternale, les côtés représentés par le bord antérieur des deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens.

### **1.2.1. Le plan profond**

Il est formé par la face antérieure de la gaine viscérale du cou dont la face antérieure n'adhère pas aux plans sus-jacents, mais en est séparée par un espace cellulaire décollable : l'espace préviscéral. Cependant sur la ligne médiane elle est intimement accolée au muscle sterno-thyroïdien.

### **1.2.2. Le plan musculo-aponévrotique moyen**

#### **1.2.2.1. Les muscles sous-hyoïdiens**

Ils sont disposés en deux couches : la couche profonde et la couche superficielle.

La couche profonde comprend :

- Le sterno-thyroïdien : c'est un muscle aplati tendu de la face

postérieure du manubrium sternal à la face antéro-externe du cartilage thyroïde. L'innervation est assurée par les rameaux issus de l'anse du grand hypoglosse. C'est un muscle abaisseur du larynx.

- Le thyro-hyoïdien : c'est un muscle court et aplati qui continue vers le haut du plan du sterno-thyroïdien. Il est innervé par le nerf du thyro-hyoïdien. Quand il prend son point fixe sur l'os hyoïde, il est abaisseur du larynx et devient abaisseur de l'os hyoïde et du maxillaire inférieur quand il prend son point fixe sur le cartilage thyroïde.

La couche superficielle est formée par :

- Le sterno-cleido-hyoïdien : le plus interne des deux muscles de la couche superficielle s'étend verticalement du sternum et de la clavicule à l'os hyoïde. Il est innervé par un nerf supérieur issu de la branche descendante de l'hypoglosse et par un nerf inférieur de l'anse de l'hypoglosse. Il est abaisseur de l'os hyoïde et indirectement du maxillaire inférieur.
- L'omo-hyoïdien : muscle digastrique tendu obliquement du bord supérieur de l'omoplate à l'os hyoïde. Seul son ventre antérieur appartient à la région sous-hyoïdienne. L'innervation est assurée par deux filets nerveux issus de l'anse de l'hypoglosse. L'omo-hyoïdien est abaisseur de l'os hyoïde qu'il attire en même temps en arrière et en dehors.

#### **1.2.2.2. L'aponévrose cervicale moyenne**

C'est un mince feuillet fibreux de forme triangulaire qui participe également à la constitution des régions carotidienne et sus-claviculaire.

- En haut, elle s'insère sur toute l'étendue du bord inférieur de l'os hyoïde.
- En bas elle se fixe sur le bord postérieur de la fourchette sternale, de la clavicule, de l'omoplate et sur la face postérieure du manubrium.
- Sur la ligne médiane elle adhère à l'aponévrose cervicale superficielle pour former la ligne blanche sous-hyoïdienne.

En fait elle se dédouble en un feuillet profond qui engaine les deux

muscles les plus profonds et un feuillet superficiel pour les muscles superficiels.

### **1.2.3. Le plan aponévrotique superficiel**

Il est formé par l'aponévrose cervicale superficielle.

En haut elle adhère au tubercule de la face antérieure de l'os hyoïde et à la grande corne.

En bas elle va se fixer sur le bord antérieur de la fourchette sternale et de la clavicule.

Latéralement elle se dédouble pour engainer le sterno-cléido-mastoïdien.

Sur la ligne médiane sa face profonde adhère à la face antérieure de l'aponévrose moyenne pour former la ligne blanche sous-hyoïdienne. Plus en dehors elle est séparée par l'espace sus-sternal.

### **1.2.4. Les espaces cellulux de la région sous-hyoïdienne**

Les différents plans aponévrotiques de la région sont séparés par deux espaces cellulux : l'espace pré-viscéral et l'espace inter-musculo-aponévrotique.

- L'espace pré-viscéral est situé entre la gaine viscérale en arrière et l'aponévrose cervicale moyenne. Occupé par du tissu cellulaire lâche, il est cloisonné sur la ligne médiane par l'adhérence de la face postérieure du muscle sterno-thyroïdien à la face antérieure du corps thyroïde.
- L'espace inter-musculo-aponévrotique de forme prismatique triangulaire à base inférieure est situé entre l'aponévrose moyenne et l'aponévrose superficielle.

### **1.2.5. Les plans superficiels**

#### **1.2.5.1. Le tissu cellulaire sous-cutané**

Il comprend deux couches : une couche superficielle et une couche profonde.

- Une couche superficielle aréolaire plus ou moins riche en graisse suivant les sujets ;
- Une couche profonde lamellaire formant un véritable fascia superficialis dans l'épaisseur duquel cheminent à la partie

externe de la région des fibres obliques en bas et en dehors du peaucier du cou et des vaisseaux et nerfs superficiels.

### **1.2.5.2. Vaisseaux et nerfs superficiels**

Les artères sont des grêles branches de la thyroïdienne supérieure. Les veines sont représentées par les deux veines jugulaires antérieures.

Les lymphatiques de petits calibres se rendent soit aux ganglions de l'espace sus-sternal soit surtout aux ganglions jugulo-carotidiens et aux ganglions sus-claviculaires.

Les nerfs enfin proviennent de la branche cervicale transverse du plexus cervical superficiel.

### **1.2.5.3. La peau**

Elle est à ce niveau fine, très mobile, extensible. Glabre chez la femme, elle est chez l'homme revêtue à sa partie supérieure par les poils les plus inférieurs de la barbe. Elle présente souvent un ou plusieurs plis transversaux que l'on utilise pour dissimuler les cicatrices de cervicotomie transversale. Chez les sujets âgés elle présente souvent en outre une série de plis épais et verticaux.

## **1.3. La région carotidienne**

Quadrilatère, très allongée, oblique en arrière et en haut, la région carotidienne est limitée :

- En avant par le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ;
- En arrière par le bord postérieur de ce muscle ;
- En bas par la clavicule et la fourchette sternale ;
- En profondeur par la colonne cervicale (en arrière) et l'axe viscéral du cou (en dedans).

### **1.3.1. La loge ostéo-musculaire**

#### **1.3.1.1 Plan arrière**

Il est constitué par :

- Le rachis cervical dont la face antérieure des apophyses transverses de C<sub>3</sub> à C<sub>7</sub> forme le relief postérieur de la région. Facile à palper, surtout au niveau de C<sub>6</sub>, où le tubercule de



Chassaignac est utilisé comme repère dans la découverte de la carotide primitive ;

- Les muscles de la région prévertébrale et plus latéralement, les muscles scalènes ;
- Des éléments nerveux dont les branches profondes du plexus cervical ;
- Le lymphatique cervical accolé à l'aponévrose prévertébrale.

### **1.3.1.2. En dedans**

Il comprend l'axe viscéral du cou avec d'avant en arrière : le corps thyroïde, le larynx et la trachée, le pharynx et l'œsophage et de chaque côté les nerfs récurrents.

### **1.3.1.3. En dehors**

#### *Plan profond*

Il est limité en arrière par le ventre postérieur du muscle omo-hyoïdien ; en avant par la partie basse du muscle sterno-cléido-hyoïdien et entre les deux se trouve l'aponévrose cervicale moyenne.

#### *Plan superficiel*

Le muscle sterno-cléido-mastoïdien forme un véritable plan de couverture, il est décomposable en trois faisceaux, disposés en deux couches.

- Couche profonde : le cléido-mastoïdien se fixe entre la face supérieure de la clavicule et le bord antérieur de l'apophyse mastoïde ;
- Couche superficielle : d'une part le sterno-mastoïdien inséré entre la face antérieure du manubrium sternal et le bord antérieur de l'apophyse mastoïde et d'autre part le cléido-occipital qui s'étend de la face supérieure de la clavicule aux deux tiers externes de la ligne courbe supérieure de l'occipital ;

### **1.3.2. La gouttière carotidienne**

Elle se situe en-dessous du plan musculaire de couverture où se trouve un tissu cellulaire abondant dans lequel circule le paquet

vasculo-nerveux du cou, constitué par :

### **1.3.2.1. L'artère carotide primitive**

Encore appelée carotide commune, elle a un calibre de huit millimètres et est la plus volumineuse des artères du cou.

A droite, elle naît à la base du cou, à la bifurcation du tronc brachio-céphalique.

A gauche, elle naît directement de la crosse de l'aorte et comporte donc avant sa portion cervicale, un trajet intra-thoracique.

### **1.3.2.2. Les branches de division de la carotide primitive**

Ce sont les carotides externe et interne dans leur première portion.

La carotide interne postéro-externe ne donne pas de collatérales.

Par contre la carotide externe antéro-interne donne naissance à tout un groupe de collatérales :

- La thyroïdienne supérieure ;
- Les troncs communs constitués par la linguale, la faciale, la pharyngienne ascendante, l'occipitale, l'auriculaire postérieure et les rameaux destinés au sterno-cléido-mastoïdien et à la parotide.

### **1.3.2.3. La veine jugulaire interne**

Satellite du système carotidien, elle est la veine profonde principale du cou. D'un diamètre d'environ quinze millimètres, elle a deux dilatations ; elle se gonfle à chaque inspiration. Dans la gouttière carotidienne, elle ne reçoit que deux collatérales : le tronc thyro-linguo-facial et la veine thyroïdienne moyenne (inconstante).

### **1.3.2.4. La chaîne lymphatique jugulaire**

Elle forme un important amas de vingt à trente ganglions, entre la jugulaire interne et le sterno-cléido-mastoïdien qui drainent les lymphatiques de la face, de la nuque et de la portion cervicale des voies respiratoires et digestives.

Les trois chaînes jugulaire interne, cervicale transverse et spinale forment un triangle de ganglions (triangle de Rouvière).

### **1.3.2.5. Le nerf pneumogastrique**

Appelé aussi nerf vague il donne des branches cervicales : rameaux pharyngiens, le nerf laryngé supérieur, le rameau vagal du corpuscule rétro-carotidien, le nerf laryngé inférieur ou récurrent.

### **1.3.2.6. Le nerf grand hypoglosse**

Il donne naissance à une branche descendante qui s'anastomose avec une branche du plexus profond pour former « l'anse de l'hypoglosse ».

## **1.3.3. Les plans superficiels**

### **1.3.3.1. Le tissu cellulaire sous-cutané**

Dense et serré au-dessous de l'apophyse mastoïde, il devient plus lâche et forme plus bas un véritable fascia superficialis pour envelopper le muscle peaucier du cou ou platysma.

Il est parcouru par les artères, les veines, les lymphatiques et les nerfs superficiels.

### **1.3.3.2. Peau et forme extérieure**

Fine, glabre, mobile sur les plans sous-jacents, la peau de la région carotidienne se prête aux incisions esthétiques.

La saillie du sterno-cléido-mastoïdien est visible lors de la rotation de la tête du côté opposé, tandis qu'à l'inspiration se dilate la veine jugulaire externe.

## **1.3.4. Rapports généraux**

La loge carotidienne est en rapport avec :

- En arrière la région prévertébrale et ses éléments nerveux et vasculaires ;
- En dedans l'axe aéro-digestif du cou dont le larynx et le pharynx (en haut), la trachée et l'œsophage (en bas), et des éléments nerveux : nerf laryngé supérieur, nerf laryngé récurrent.

- En avant les muscles sous-hyoïdiens, le corps thyroïde (en dessous de l'os hyoïde) et la région sus-hyoïdienne latérale et la glande sous-maxillaire (en dessous de l'os hyoïde).
- En bas le médiastin (en dedans) et le creux sus-claviculaire (en dehors)

#### **1.4. La région parotidienne**

Elle est limitée :

- En avant par la branche montante du maxillaire inférieur ;
- En arrière par l'apophyse mastoïde et le sterno-cléido-mastoïdien ;
- En haut par le conduit auditif externe et la portion postérieure de l'arcade zygomatique ;
- En bas par une ligne horizontale allant de la mastoïde à l'angle de la mandibule, la séparant ainsi de la région carotidienne ;
- En profondeur par l'apophyse styloïde et l'espace latéro-pharyngien.

##### **1.4.1. La loge parotidienne**

On lui décrit six parois : externe, antérieure, postérieure, supérieure, interne et inférieure.

###### **1.4.1.1. Paroi externe**

Elle est formée par l'aponévrose cervicale superficielle.

###### **1.4.1.2. Paroi antérieure**

Elle est constituée par la branche montante du maxillaire inférieur.

###### **1.4.1.3. Paroi postérieure**

Elle comprend :

- Un segment externe formé par l'apophyse mastoïde ;
- Un segment interne formé par l'apophyse styloïde.

#### **1.4.1.4. Paroi supérieure**

Elle comprend aussi deux segments :

- Un segment antérieur formé par la partie postérieure de l'articulation temporo-maxillaire ;
- Un segment postérieur formé par les portions osseuse et cartilagineuse du conduit auditif externe.

#### **1.4.1.5. Paroi interne**

C'est une simple fente entre en avant le ligament sphéno-maxillaire et en arrière le ligament stylo-maxillaire.

#### **1.4.1.6. Paroi inférieure**

Elle est décomposable en deux segments : un segment interne et un segment externe.

#### **1.4.1.7. L'aponévrose parotidienne profonde**

Issue de l'aponévrose superficielle, elle tapisse les parois antérieure et postérieure, se fixant en haut à la base du crâne et en bas à la bandelette maxillaire.

Elle est pratiquement interrompue en dedans, au niveau de l'espace pré-stylien.

#### **1.4.2. Contenu de la région parotidienne**

Elle est constituée par la glande parotide, les vaisseaux sanguins, les ganglions lymphatiques et les nerfs.

##### **1.4.2.1. La glande parotide**

Elle est la plus volumineuse des glandes salivaires avec un poids de vingt cinq à trente grammes ; de coloration jaune rosé, elle a une consistance ferme et une surface lobulée, entourée par une capsule.

Elle est constituée de deux lobes, l'un profond et l'autre superficiel unis par un isthme.

Le canal excréteur de Sténon ou canal parotidien est long de quatre centimètres, à un diamètre de trois millimètres et prend son origine par deux branches correspondant aux lobes profond et superficiel.

### **1.4.2.2. Les vaisseaux sanguins**

A l'intérieur même de la glande circulent de la profondeur à la superficie, la carotide externe et le confluent veineux parotidien.

L'artère carotide externe donne l'artère stylo-mastoïdienne, satellite du nerf facial et quelques rameaux parotidiens ; elle se termine par deux branches, l'une verticale, la temporale superficielle et l'autre horizontale, la maxillaire interne.

Le confluent veineux parotidien plus superficiel, naît de la confluence des veines temporales superficielles et maxillaires internes ; il reçoit plus bas les veines occipitales postérieures.

Il s'évacue de trois façons : soit par la veine jugulaire externe, soit par la communicante intra-parotidienne, soit par la carotide externe.

### **1.4.2.3. Les ganglions lymphatiques**

Très nombreux, ils sont groupés en profondeur et en superficie, sous l'aponévrose cervicale superficielle. Tous ces ganglions se drainent dans la chaîne jugulaire interne.

### **1.4.2.4. Les nerfs**

La région parotidienne est traversée par deux nerfs dont :

- L'auriculo-temporal (issu du maxillaire inférieur) : il donne des filets pour l'articulation temporo-maxillaire et surtout des filets parotidiens qui apportent à la glande son innervation sécrétrice ;
- Le nerf facial qui est le plus superficiel des éléments intraparotidiens et qui présente deux segments : le rétro-glandulaire qui donne trois branches (le nerf du stylo-hyoïdien, le rameau lingual, le rameau auriculaire postérieur) et l'intra-glandulaire qui donne deux branches terminales (la temporo-faciale et la cervico-faciale).

## **1.4.3. Plans superficiels**

### **1.4.3.1. Tissu cellulaire sous-cutané**

Mince, peu développé, adhérent à la peau, il contient quelques faisceaux musculaires peauciers du cou et du risorius.

Dans son fascia superficialis circulent : les artères, les veines, et les nerfs superficiels.

### **1.4.3.2. Peau et forme extérieure**

Fine et mobile, la peau est glabre chez la femme et recouverte de poils chez l'homme.

La palpation manuelle permet de sentir, entre la mastoïde et le maxillaire inférieur un étroit sillon vertical mais elle ne peut percevoir normalement la glande, qui ne forme une saillie que dans les cas pathologiques.

Aussi les incisions cutanées doivent-elles, dans les cas où la conservation nerveuse est possible, être parallèles aux rameaux destinés aux muscles de la face.

### **1.4.4. Rapports généraux**

En avant la région parotidienne répond à deux régions : une externe massétérine et une interne ptérygo-maxillaire.

En arrière également deux régions : une région externe formée par le sterno-cléido-mastoïdien et le ventre digastrique et une région interne qui communique avec l'espace sous-parotidien postérieur.

En dedans l'espace pré-stylien fait communiquer la région parotidienne avec l'espace latéro-pharyngien.

## **1.5. La région sus-claviculaire**

Les limites superficielles sont représentées :

- En bas par la saillie de la clavicule ;
- En avant par le relief du bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien ;
- En arrière par le relief du bord antérieur du trapèze ;
- En bas par la première côte ;
- En arrière par la face antérieure des muscles de la nuque ;
- En dedans par le plan sagittal passant par les apophyses transverses des cinq dernières vertèbres cervicales.

### **1.5.1. Les parois de la région sus-claviculaire**

#### **1.5.1.1. La paroi inférieure ou base de la région sus-claviculaire**

De forme triangulaire, elle a une constitution essentiellement osseuse. Elle est formée en effet par :

- La face supérieure de la clavicule : plane à sa partie externe, arrondie dans ses deux tiers internes, elle dessine dans son ensemble un S italique dont la courbure est concave en arrière à la partie interne, concave en avant à la partie externe. Elle donne insertion à sa partie interne aux chefs claviculaires du muscle sterno-cléido-mastoïdien, à sa partie externe au muscle trapèze.
- Le bord supérieur ou cervical de l'omoplate qui il donne insertion au muscle hyoïdien en dehors et au muscle angulaire de l'omoplate en dedans.
- La face supérieure de la première côte.

### **1.5.1.2. La paroi postérieure**

Entièrement musculaire elle est formée par la face antérieure des muscles de la nuque (le splénius et l'angulaire) et par les muscles scalènes moyen et postérieur.

### **1.5.1.3. La paroi antéro-externe**

Elle représente le véritable couvercle de la région.

De forme triangulaire à base inférieure elle est limitée en bas par la partie moyenne de la clavicule ; en avant par le sterno-cléido-mastoïdien et en arrière par le muscle trapèze.

Dans l'aire de ce triangle les éléments constituant la paroi externe se divise en trois plans :

- *Un plan profond* : formé par le muscle omo-hyoïdien et l'aponévrose cervicale moyenne qui n'occupe que la partie inférieure de la région. Leur disposition permet de diviser le triangle sus-claviculaire en deux zones bien distinctes : le triangle omo-trapézien et le triangle omo-claviculaire. Le muscle omo-hyoïdien est un muscle grêle, digastrique, tendu du bord supérieur de l'omoplate à l'os hyoïde.
- *Le plan de l'aponévrose cervicale superficielle* : mince feuillet fibreux qui ferme la totalité du triangle sus-claviculaire.



- Les plans superficiels : formés de la profondeur à la superficie par :
  - a.** Le tissu cellulaire sous-cutané : généralement peu épais, très lâche, il forme un véritable fascia superficialis, souvent dédoublé en deux feuillets entre lesquels se placent le peaucier, les vaisseaux et les nerfs superficiels.
  - b.** Le muscle peaucier du cou : lame musculaire très mince, formée de fibres obliques en bas et en dehors qui prennent naissance en haut et à la face profonde de la peau de la région mentonnière et de la commissure labiale et descendent parfois en avant de la clavicule au niveau de la peau de la partie supérieure du thorax et de la région mammaire.  
Les vaisseaux et les nerfs superficiels sont représentés par les artères de la scapulaire supérieure et de la cervicale transverse, les veines (affluents de la jugulaire externe) et les nerfs (rameaux de la branche sus-claviculaire et de la branche sus-acromiale du plexus cervical superficiel).
  - c.** La peau est à ce niveau fine, glabre et très mobile, utilisable pour certaines anoplasties.

#### **1.5.1.4. La paroi interne**

A sa partie postérieure elle est formée par la colonne des apophyses transverses des vertèbres cervicales qui présentent à leur extrémité libre deux tubercules, l'un antérieur de C<sub>6</sub> ou tubercule de Chassaignac l'autre postérieur de C<sub>7</sub>. Plus en avant elle communique avec la région carotidienne.

#### **1.5.1.5. Le sommet**

Il correspond au point où le sterno-cléido-mastoïdien et le trapèze, viennent au contact l'un de l'autre et au contact des muscles de la nuque. Ce point est situé à environ huit centimètres de la pointe de la mastoïde.

## **1.5.2. Le contenu de la région sus-claviculaire**

### **1.5.2.1. Le dôme pleural**

Il forme le véritable plancher de la région sus-claviculaire et il est classique de lui distinguer trois versants :

- Un versant antérieur, situé à trois à ou à quatre centimètres au-dessus de la clavicule ;
- Un versant postérieur, en avant de la première côte ;
- Un versant interne qui se poursuit avec la face médiastinale de la plèvre et du poumon.

### **1.5.2.2. Les éléments nerveux**

Extrêmement nombreux, ils comprennent :

- La branche externe du nerf spinal ;
- Une partie du plexus cervical formée par les branches des quatre premières racines cervicales, notamment le nerf phrénique ;
- Le ganglion stellaire du sympathique ;
- Le pneumogastrique et le récurrent droit ;
- Le plexus brachial qui est un entrelacement nerveux des branches antérieures des quatre dernières racines cervicales (C<sub>5</sub>, C<sub>6</sub>, C<sub>7</sub>, C<sub>8</sub>) et la première racine dorsale.

Il donne des collatérales dans sa partie inférieure, dans le creux axillaire et dans la région sus-claviculaire : le nerf du sous-clavier, du grand pectoral, du petit pectoral, le nerf sus-scapulaire, le nerf de l'angulaire, du rhomboïde, du grand dentelé dont les branches terminales naissent toutes dans le creux axillaire.

### **1.5.2.3. Les artères**

L'artère sous-clavière est une artère volumineuse destinée à la vascularisation d'une partie du cou, de l'encéphale et du membre supérieur. Elle a une origine et un trajet différents à droite et à gauche.

La sous-clavière droite d'environ huit centimètres naît derrière l'articulation sterno-costoclaviculaire et à gauche dans le thorax.

Elle donne six collatérales :

- La vertébrale ;
- La mammaire interne ;
- Le tronc cervico-intercostal qui donne deux branches : la cervicale profonde et l'intercostale supérieure ;
- Le tronc thyro-bicervico-scapulaire qui se divise en quatre branches : la thyroïdienne inférieure, la cervicale ascendante, la cervicale transverse et la scapulaire supérieure ;
- La scapulaire postérieure ;
- L'artère scalénique.

#### **1.5.2.4. Les veines**

La veine sous-clavière (tronc veineux volumineux) forme avec la veine jugulaire interne le tronc veineux brachio-céphalique.

Les affluents de la veine sous-clavière sont représentés par les veines homologues des artères branches collatérales de la sous-clavière, par les veines jugulaires externe et postérieure et enfin par la grande veine lymphatique à droite et le canal thoracique à gauche.

#### **1.5.2.5. Les éléments lymphatiques**

Ces éléments lymphatiques sont représentés d'une part, par les deux troncs terminaux du système lymphatique (grande veine lymphatique et canal thoracique) qui viennent se terminer dans la veine sous-clavière, d'autre part par des éléments cellulo-ganglionnaires qui combrent la plus grande partie de l'espace sus-claviculaire.

La nappe cellulo-ganglionnaire sus-claviculaire : entoure tous les éléments vasculaires et nerveux de la région, en comblant les vides situés entre les parois de la région.

Elle est constituée de tissu cellulo-adipeux et d'éléments ganglionnaires dont les plus apparents sont situés d'une part, le long de la branche externe du spinal et d'autre part, à la partie inférieure et interne de la région où ils sont en continuité directe avec les ganglions carotidiens. Les trois chaînes : carotidienne, spinale et cervicale transverse forment le triangle lymphatique de Rouvière.

### **1.5.3. Rapports de la région sus-claviculaire**

En bas et en dehors, elle répond au creux axillaire avec lequel elle communique au niveau de l'orifice costo-claviculaire où passent l'artère sous-clavière, la veine sous-clavière et les troncs du plexus brachial.

En bas et en dedans, elle communique avec la cavité thoracique et particulièrement en dedans avec le médiastin.

En dedans et en arrière la région sus-claviculaire est en rapport avec le rachis cervical et la région prévertébrale. L'artère prévertébrale et le sympathique cervical sont en quelque sorte « à cheval » sur les deux régions.

En dedans et en avant, elle entre très largement en communication avec la région carotidienne.

En arrière enfin sa paroi postérieure est directement au contact des muscles de la nuque.

## **2. Rappels cliniques**

Les cellulites cervicales extensives constituent l'une des plus graves urgences infectieuses ORL. Leur mortalité aujourd'hui encore est loin d'être négligeable.

Elles réalisent une infection sévère, nécrosante touchant initialement les fascias puis s'étendant aux tissus avoisinants [32] et surtout au médiastin. Elles se caractérisent par leur extension rapide et se propagent habituellement à partir d'un foyer infectieux microbien d'origine dentaire ou pharyngé [33, 55, 15, 54] dans des proportions respectives de 70% et 20%. Ces situations pathologiques sont désignées par les auteurs anglo-saxons sous le terme de fasciite nécrosante [46].

Elles touchent les deux sexes avec une prédominance masculine. L'âge moyen est compris entre 40 et 50 ans. Parmi les facteurs de risque le plus souvent rapportés dans la littérature se retrouvent le diabète [51, 25], l'infection par le VIH [20] et l'alcoolisme chronique [13, 15]. Mais elles touchent également des sujets jeunes sains sans antécédents.

## **2.1. Physiopathologie**

La cellulite cervicale extensive est une infection « de contiguïté » à l'inverse des infections de propagation lymphatique et hémotogène. Elle est habituellement secondaire à une contamination trans-muqueuse dont les portes d'entrées sont principalement dentaire, buccale, ou pharyngée.

La nécrose touche initialement les tissus les moins vascularisés, peu oxygénés, tels que les fascias, puis s'étend aux tissus mieux vascularisés comme la graisse sous-cutanée et les muscles.

Il s'agit d'infections polymicrobiennes [33] synergiques, associant le plus souvent des germes anaérobies et aérobie [23, 19, 49]. Ce terme de synergie correspond au fait que la pullulation des bactéries aérobies entraîne l'épuisement des défenses oxydatives du pool monocyto-macrophagique et granulocytaire. Ce phénomène crée des conditions propices à la pullulation bactérienne en anaérobiose.

Les streptocoques pyogènes libèrent des streptodornases, streptokinases et hyaluronidases qui favorisent la progression bactérienne dans les tissus, alors que les streptolysines O et S cytotoxiques sont responsables de la nécrose tissulaire [37].

La prolifération des germes anaérobies peut de plus, être aggravée par d'autres facteurs tels qu'un œdème, une thrombose veineuse et /ou artérielle qui majorent les conditions d'anaérobiose.

Il importe de comprendre que le seul traitement médical ne peut pas venir à bout de ces infections : les poches de pus cloisonnées par des tissus nécrotiques ne sont plus reliées au système vasculaire [17]. L'administration systémique d'antibiotiques est alors inefficace. Le traitement chirurgical s'impose rapidement. Il consiste à décoller les espaces du cou, réséquer les tissus nécrosés et à mettre en place des dispositifs de lavages locaux. Bien entendu, l'antibiothérapie est poursuivie.

## **2.2. Le rôle des AINS et des corticoïdes**

La responsabilité des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dans les cellulites cervico-faciales n'est pas clairement démontrée chez l'homme. Cependant de nombreuses observations tendent à les incriminer. La prescription d'AINS chez les patients admis pour cellulite est régulièrement retrouvée lors de l'interrogatoire. Elle

augmente la virulence et la prolifération microbienne dans les gangrènes streptococciques à point de départ cutané [13, 44].

Mathieu retrouve dans sa série près de 44% de prise d'AINS chez 45 patients hospitalisés pour cellulites cervicales [33].

Merl et coll. rapportent 17 cas de cellulites d'origine dentaire dont 13 avaient reçu des AINS, et sur leurs 5 médiastinites, 4 avaient été traitées par AINS [35].

Une association AINS et médiastinites odontogéniques est également retrouvée dans d'autres séries [3, 18, 24].

Cette hypothèse est appuyée par des études expérimentales. L'étude de Solberg et coll. [50] sur le phénylbutazone démontre in vitro la réduction de l'activation des granulocytes, de la phagocytose et de la destruction intra-cellulaire du streptocoque et du staphylocoque. Les AINS agissent également en diminuant les premiers signes de l'inflammation et peuvent aussi retarder le délai de la première consultation [46].

Aussi le « Center for Disease Control and Prevention » (CDC) recommande-t-il d'une part d'éviter la prescription d'AINS devant une infection non contrôlée, et d'autre part de réévaluer systématiquement les patients 48 à 72 h après la prescription éventuelle d'AINS afin d'apprécier l'évolution [46]. Ainsi, malgré l'absence d'études comparatives cliniques, il semble prudent de penser que cette thérapeutique peut favoriser la diffusion de l'infection [4,5].

L'action immunosuppressive des corticoïdes est bien connue in vivo sur les mécanismes humoraux de défense immunitaire : elle réduit de façon significative la synthèse des immunoglobulines G [14], inhibe l'adhérence des polynucléaires [31] et la capacité phagocytaire des macrophages [45]. La prise des corticoïdes est souvent retrouvée dans la littérature comme facteur favorisant la diffusion des cellulites [25,46].

L'influence des corticoïdes sur la morbidité [16] ou le risque d'extension médiastinale [32] ont été suspectés mais jamais démontrés. Une série de 59 patients atteints de fasciite nécrosante a montré une augmentation significative de la mortalité pour les patients ayant reçu des corticoïdes les jours précédant l'hospitalisation [28].

### **2.3. Le tableau clinique**

Le foyer infectieux causal, dentaire, buccal ou pharyngé, est parfois minime, voir négligé. Mais apparaissent alors une hyperthermie, une dysphagie, une gêne et/ou une douleur cervicale.

Il faut alors de principe évoquer le diagnostic et rechercher un trismus, un empatement voir un érythème cervical. Ce dernier est un signe capital qui signe la diffusion de l'infection. Avec la progression de l'infection, le syndrome septique se majore, ponctué de bactériémie, et peut aboutir à un véritable choc septique. Le tableau peut se présenter sous deux formes d'évolution différente.

#### **2.3.1. La forme gazeuse**

Elle est caractérisée par une nécrose tissulaire avec production de gaz dont la traduction clinique est une crépitation neigeuse sous-cutanée. La peau est légèrement épaissie. Secondairement apparaissent des signes de souffrance cutanée tels que des phlyctènes puis des zones de nécrose.

#### **2.3.2. La forme phlegmoneuse**

L'aspect phlegmoneux se manifeste par une tuméfaction cervicale tendue, rouge, de la mastoïde au creux sus-claviculaire, effaçant progressivement les reliefs du cou.

Les signes respiratoires : présents dans un tiers des cas témoignent d'un œdème laryngé réactionnel voir d'une diffusion de l'infection aux loges du larynx, pouvant conduire à une détresse respiratoire. Il s'agit essentiellement des formes phlegmoneuses localisées à la région sus-hyoïdienne. L'infection et l'œdème réactionnel au niveau de la langue rétrécissent la filière oropharyngée asphyxiant progressivement le patient. L'atteinte de la loge hyo-thyro-épiglottique réalise une véritable épiglottite .C'est dans ces situations que l'intubation conventionnelle peut s'avérer périlleuse : c'est l'indication typique d'intubation naso-trachéale sous contrôle fibroscopique.

Dans les deux formes, l'atteinte médiastinale doit être suspectée s'il existe une douleur thoracique asphyxiante ou encore un érythème, une crépitation pré-sternale ou des troubles de rythme [25]. La

médiastinite met en jeu le pronostic vital, et la corrélation anatomo-clinique est médiocre en cas d'extension médiastinale [46]. Quant à la radiographie du thorax, elle est peu contributive.

Aussi la suspicion de cellulite cervicale extensive impose la réalisation en urgence d'un scanner cervico-médiastinal avec injection demandé en urgence. C'est l'examen de référence pour déterminer la topographie des lésions. Il ne doit cependant pas différer l'acte chirurgical dans ce type d'infection dont l'évolution est souvent fulminante.

Le scanner confirme le diagnostic au niveau cervical, précise l'uni- ou la bilatéralité de l'atteinte et évalue l'atteinte médiastinale. Il permet alors de préciser si l'extension de la cellulite au médiastin dépasse le niveau de la bifurcation trachéale. Pour une extension limitée au médiastin supérieur la voie trans-cervicale est suffisante [3, 25, 36]. En revanche, s'il existe une extension en dessous de la bifurcation trachéale, elle nécessite un abord direct du médiastin, par une sternotomie ou une thoracotomie selon les équipes.

La répétition du scanner est également utile pour la surveillance après la chirurgie de débridement [50]. En l'absence d'amélioration clinique franche, la surveillance scanographique oriente le geste de reprise chirurgicale en mettant en évidence des loges non drainées, une extension au médiastin ou à un espace anatomique cervical ignoré ou non contrôlé par les pansements quotidiens.

## **2.4. Le traitement**

Il s'agit d'une véritable urgence chirurgicale. Tout retard de quelques heures aggrave la morbidité et met en jeu le pronostic vital.

La prise en charge chirurgicale doit répondre à trois objectifs principaux :

- L'ouverture de tous les espaces cellulo-aponévrotiques qui sont de véritables zones de diffusion ;
- L'excision de tous les tissus nécrotiques ;
- Le traitement d'une éventuelle porte d'entrée.

En post-opératoire, les patients sont surveillés dans un service de réanimation compte tenu de leur état hémodynamique précaire et de la nécessité fréquente d'une intubation prolongée rendue



nécessaire par :

- L'œdème des voies aéro-digestives supérieures ;
- La nécessité de réaliser de façon pluriquotidiennes des pansements chirurgicaux.

# CHAPITRE II

# NOTRE ETUDE

*Thèse présentée par Gisèle OGOULIGENDE INDJELE épouse MIBINDZOU sous la direction du Pr Alhousseïni AG MOHAMED et du Dr Mohamed KEITA*

## **1. Méthodologie**

### **1.1. Cadre de l'étude**

L'étude s'est déroulée dans le service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale de l'hôpital Gabriel Touré (HGT).

L'HGT est un centre hospitalier universitaire de référence à Bamako au Mali. Actuellement au Mali c'est le seul service hospitalier ORL.

Des unités dans certaines régions et communes de Bamako sont dirigées par des assistants médicaux en ORL.

Le service d'ORL de l'HGT se présente comme suit :

#### *L'infrastructure :*

- 4 boxes de consultation dont 3 pour les médecins et 1 pour les internes ;
- 3 bureaux pour les médecins dont 1 pour le chef de service ;
- 1 bureau du major ;
- 1 salle d'explorations fonctionnelles auditives ;
- 1 bloc opératoire ;
- 1 salle de soins ;
- 1 salle de lavage d'oreilles ;
- 1 salle de garde pour les infirmiers ;
- 4 salles d'hospitalisations de 3 lits, soit une capacité de 12 lits.

#### *Le personnel :*

- 6 médecins spécialistes ;
- 4 techniciens supérieurs spécialistes en ORL (assistants médicaux) ;
- 2 infirmiers du premier cycle ;
- 1 manœuvre ;

En plus de ce personnel titulaire, le service dispose de stagiaires internes (qui sont en travail de thèse), d'étudiants externes de médecine), de techniciens supérieurs en formation (infirmiers en spécialité ORL).

#### *Les activités :*

Ce sont essentiellement :

- Les consultations externes par les médecins spécialistes tous les jours ouvrables ;

- Les urgences de la spécialité assurées tous les jours sur astreintes ;
- Les activités au bloc opératoire ;
- Les explorations fonctionnelles auditives ;
- Les visites/contre-visites quotidiennes des malades hospitalisés ;
- Un staff hebdomadaire tous les jeudi de 8h à 9h.

## **1.2. Type et durée de l'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive qui s'est déroulée de novembre 2004 à octobre 2005.

## **1.3. Echantillonnage**

### **1.3.1. Critère d'inclusion**

Tout patient admis dans le service pour cellulite cervicale et ayant un dossier d'hospitalisation mis à jour régulièrement jusqu'à la sortie.

### **1.3.2. Critère de non inclusion**

Dossiers d'hospitalisation incomplets.

## **1.4. Matériel utilisé**

Dossier d'hospitalisation des patients admis dans le service.

## **1.5. Procédure de collecte des données**

Les patients présentant le diagnostic de Cellulite Cervicale faisaient l'objet d'une prise en charge documentée sur la fiche d'enquête en annexe.

## **1.6. Etude des variables**

Les paramètres analysés dans notre étude ont été les suivants:

- Age et sexe ;
- Provenance géographique ;
- Situation socioprofessionnelle ;
- Mode de recrutement : adressé par un médecin ou consultant spontanément ;

- Porte d'entrée ;
- Recherche de tare (VIH, diabète, tuberculose) ;
- Bilan lésionnel clinique ;
- Résultats biologiques (NFS, dosage CRP) ;
- Résultats de l'imagerie (Imagerie conventionnelle cervicale et thoracique, la Tomodensitométrie) ;
- Suites opératoires des 48 premières heures ;
- Evolution clinique sous traitement.

### **1.7. Présentation des résultats**

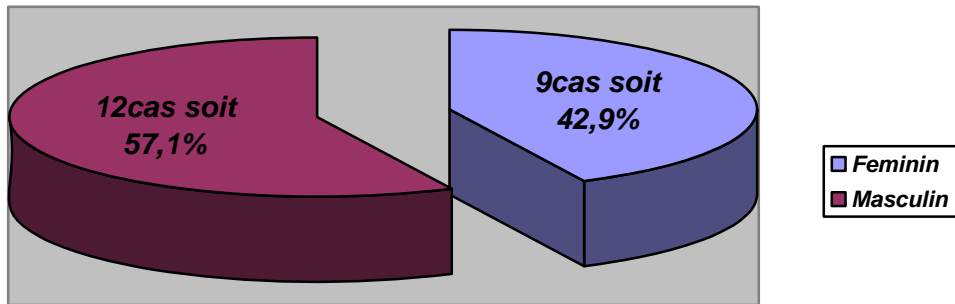
Les résultats seront présentés sous forme de diagrammes, de tableaux, de textes courts et d'analyses des données.

### **1.8. Ethique**

Le consentement éclairé des patients a été obtenu et les informations contenues dans les dossiers étaient gardées confidentielles.

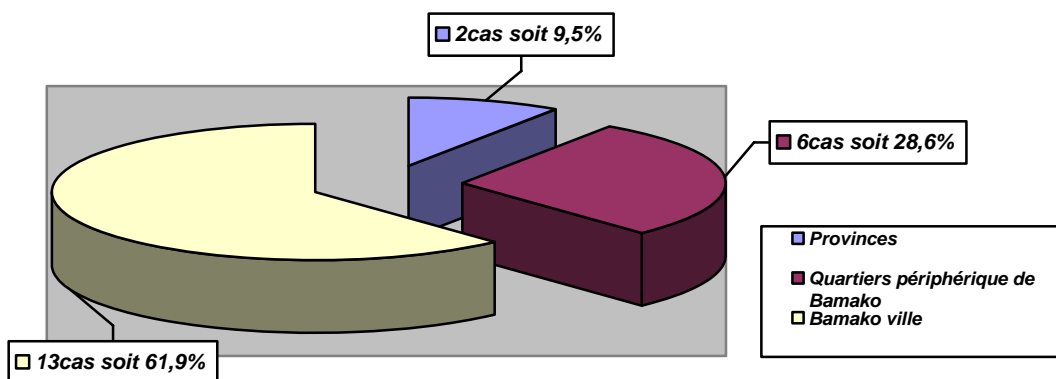
## 2. Résultats

### 2.1. Données sociodémographiques :



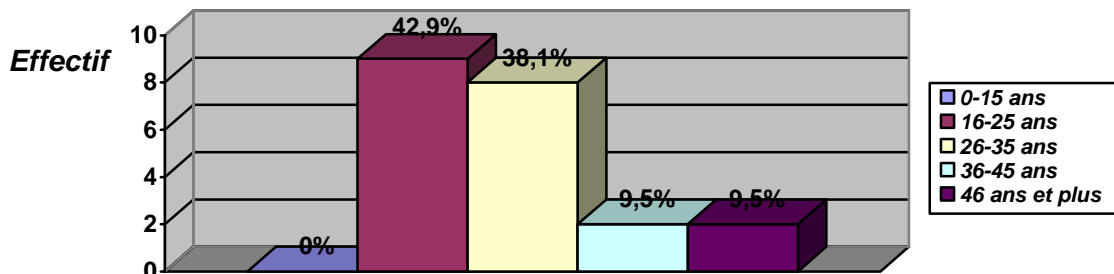
**Figure 3 :** Répartition de l'effectif en fonction du sexe

Nous avons noté dans notre série une prédominance masculine, avec un sexe ratio de 1,33.



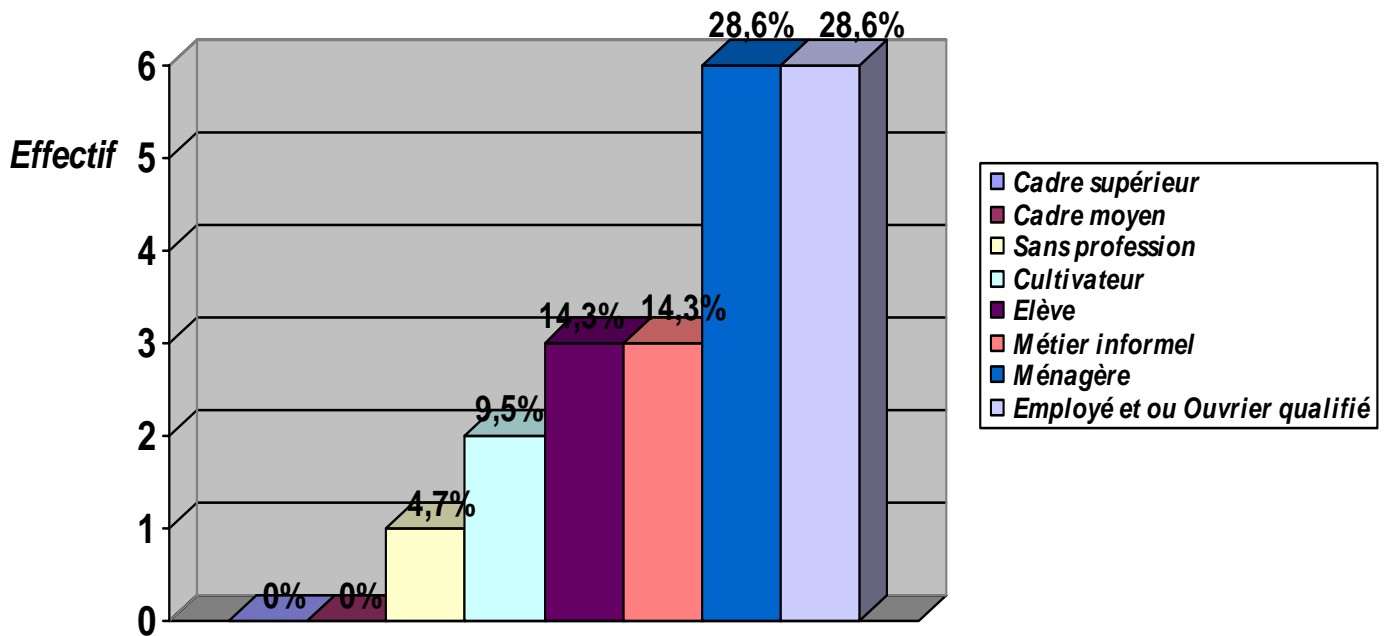
**Figure 4 :** Répartition de l'effectif suivant la résidence

La majorité de nos patients résidait à Bamako ville.



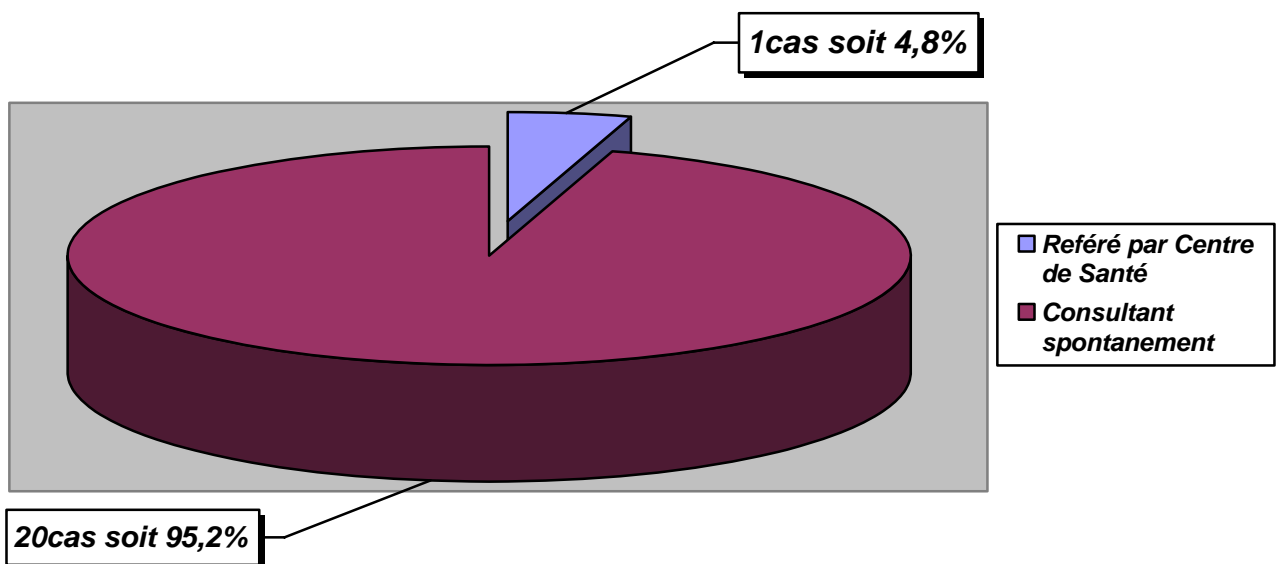
**Figure 5 :** Répartition de l'effectif en fonction de l'âge

Les classes d'âge les plus atteintes étaient celles de moins de 36 ans : soit 81% des cas.



**Figure 6 : Répartition de l'effectif en fonction de la profession**

Notre série relevait d'un bas niveau d'instruction.



**Figure 7 : Répartition de l'effectif en fonction du mode de recrutement**

Dans la majorité des cas, les patients ont été eux-mêmes demandeurs des soins ORL.

## 2.2. Données cliniques

**TABLEAU I : REPARTITION DE L'EFFECTIF SELON LE DELAI MIS A DEMANDER DES SOINS ORL**

Délais en jour	Effectif	Pourcentage
< 1 jour	0	0
1 à 2 jours	0	0
3 à 7 jours	5	23,8
<b>7-14 jours</b>	<b>11</b>	<b>52,4</b>
< 15 jours	5	23,8
Total	21	100

Dans notre série la majorité de nos patients demandaient des soins ORL au-delà d'une semaine.

**TABLEAU II : REPARTITION DE L'EFFECTIF SELON LES PLAINTES FONCTIONNELLES**

Plaintes fonctionnelles	Effectif	Pourcentage
Trismus serré à 1,5 cm	14	66,7
Dysphagie et douleur cervicale	21	100
Clochers thermiques entre 38-39°C	21	100

La dysphagie et la douleur cervicale ont été des plaintes constantes chez l'ensemble des patients et nos patients à l'admission présentaient tous des clochers thermiques entre 38 et 39°C.

**TABLEAU III : REPARTITION DE L'EFFECTIF ET DE LA FREQUENCE EN FONCTION DE LA PORTE D'ENTREE**

Porte d'entrée	Effectif	Fréquence
Angine à évolution particulière	2	9,5%
Pyorrhée alvéolo-dentaire	19	90,5%
Total	21	100%

La pyorrhée alvéolo-dentaire était la principale porte d'entrée.



**TABLEAU IV : DISTRIBUTION DE L'EFFECTIF ET LA FREQUENCE SELON L'ORIGINE DENTAIRE**

<b>Origine dentaire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Deuxième molaire de l'hémi arcade supérieure droite	1	5,3
Les trois dernières molaires de l'arcade dentaire inférieure	18	94,7
Total	19	100

Dans les atteintes d'origine dentaires les trois dernières molaires de l'arcade dentaire inférieure ont été les plus incriminées.

**TABLEAU V : REPARTITION DE L'EFFECTIF EN FONCTION DES MOLAIRES ATTEINTES**

<b>Molaires atteintes</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
En dehors de la dernière molaire	9	42,9%
Associant la dernière molaire	12	57,1%
Total	21	100%

Des molaires atteintes, la dernière était plus associée.

**TABLEAU VI : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE TABLEAU CLINIQUE**

<b>Tableau clinique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Forme phlegmoneuse	3	14,3
Forme gazeuse	18	85,7
TOTAL	21	100

La forme gazeuse dominait le tableau clinique.

**TABLEAU VII : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE NOMBRE DE REGIONS ET OU ESPACES CERVICAUX ATTEINTS**

Espace et/ou région cervicale atteinte	Effectif	Pourcentage
Un espace atteint	3	14,3
Deux espaces atteints	0	0
Plus de deux espaces atteints	18	85,7
Total	21	100

Les atteintes multirégionales ont été les plus rencontrées.

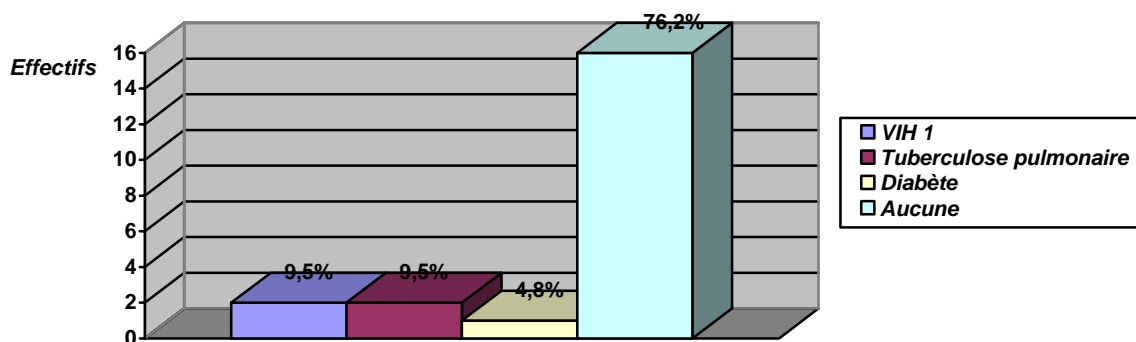
**TABLEAU VIII : REPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DES SIGNES EN FAVEUR DES COMPLICATIONS VERS LA MEDIASTINITE**

Signes	Effectif	Pourcentage
Existence de dyspnée et /ou toux	6	28,6
Douleurs thoraciques	7	33,3
Extension de l'infiltration à la région basi-cervicale, présternale ou sus claviculaire	16	76,2

L'extension de l'infiltration à la région basi-cervicale, présternale ou sus claviculaire constituait le principal signe en faveur.

### **2.3. Données paracliniques :**

#### *Biologie :*



**Figure 8 : Répartition des patients en fonction des tares**

La majorité de nos patients ne présentait aucune tare.

**La Numération de la formule sanguine** effectuée à l'admission chez tous les patients a mis en évidence une hyperleucocytose (supérieure à 14 000 GB chez tous les patients) à prédominance polynucléaire.

**La C protéine réactive (CRP)** à l'admission chez l'ensemble des patients a été supérieure à 50 mg/l.

*Imagerie :*

La tomodensitométrie effectuée dans six cas nous a donner des images qui orientaient vers un emphysème sous cutané cervical et/ou des collections mal circonscrites situées dans les espaces profonds pharyngo-cervicaux (loge pré et retrostylienne, plancher buccal entre autres) et le plus couvent associé à des images de myosites.

*Bactériologie :*

Les résultats de la culture antibiogramme du prélèvement de pus effectuée dans six cas sont revenus stériles. La Recherche de BAAR s'est révélée dans ces cas négative.

## **2.4. Données thérapeutiques**

**TABLEAU IX : REPARTITION DE L'EFFECTIF ET DE LA FREQUENCE EN FONCTION DU TRAITEMENT**

Traitement	Effectif	Fréquence
Décédés avant le traitement	4	19%
Mise à plat Chirurgicale	17	81%
Total	21	100%

La prise en charge a été principalement chirurgicale.

**TABLEAU X : DISTRIBUTION DE L'EFFECTIF DES PATIENTS SELON LE TRAITEMENT CHIRURGICAL**

Traitement	Effectif	Pourcentage
Décédés avant toute chirurgie	4	19
Chirurgie + anesthésie générale	5	23,8
Chirurgie + anesthésie locale	12	57,2
Total	21	100

L'anesthésie locale a été plus employée et la durée moyenne d'hospitalisation a été de quinze jours.

**TABLEAU XI : DISTRIBUTION DE L'EFFECTIF ET DE LA FREQUENCE SELON LA MORBIDITE**

Morbidity	Effectif	Pourcentage
Décédés à J0	4	19
Décédés à J1 post- opératoire	2	9,5
Guérison post-chirurgicale	15	71,5
Total	21	100

La majorité de nos patients a eu une guérison post-chirurgicale.

COMMENTAIRES

&

DISCUSSION

*Thèse présentée par Gisèle OGOULIGENDE INDJELE épouse MIBINDZOU sous la direction du Pr Alhousseïni AG MOHAMED et du Dr Mohamed KEITA*

## **1. Aspects sociodémographiques**

Notre série a été marquée par un recrutement de prédominance masculine (57,1%) et jeune, les moins de 36 ans ayant représentés 81% des cas. Au Mali les moins de 19 ans représentent 55.2% de la population [22].

Les patients étaient tous de revenus modestes et vivaient pour près d'un tiers (28,6%) dans les quartiers périphériques et précaires de Bamako.

Cependant notons que la petite taille de cette série ne peut nous permettre de faire que des constats.

95,2% des patients ont été eux-mêmes demandeurs d'une prise en charge dans l'unique service hospitalier ORL sans qu'un praticien les ait orientés, après un itinéraire thérapeutique associant automédication, tradithérapie et soins inappropriés dans le système de santé classique comportant pour tous les patients une notion d'antibiothérapie probabiliste associée à des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des antalgiques.

Un seul patient a été adressé par un confrère pour une meilleure prise en charge.

A travers la littérature la prédominance masculine a été notée [27, 52, 53] sans qu'il ait une explication raisonnée.

Cependant notre série semble se singulariser avec les constats évoqués ailleurs quant à l'âge des patients où la 5<sup>ème</sup> et la 6<sup>ème</sup> décade ont semblé plus exposées [27,46,52].

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'être jeune n'assure pas forcément une immunité plus agressive. Ainsi est-il admis qu'en région sous développée un terrain de précarité de vie et une exposition plus élevée au risque infectieux ont tendance à être un couple stable [28].

## **2. Aspects cliniques**

85,7% des patients ont été admis dans des tableaux de forme gazeuse de cellulite [53] caractérisée par des collections cervicales étendues, inflammatoires alternant avec des zones de crépitations neigeuses à la palpation, avec des régions d'empâtement témoins de l'existence de collection que l'on a confirmé par des ponctions à l'aiguille fine.

Dans 14,3% des cas la forme phlegmoneuse de la cellulite cervicale [53] a été isolée, caractérisée par une tuméfaction cervicale tendue, congestive étendue de la mastoïde au creux sus claviculaire et effaçant les reliefs du cou.

Contrairement à la littérature où la cellulite cervicale est considérée comme une des plus redoutables urgences infectieuses cervicales [21,52,53] cette affection semble de diagnostic difficile dans nos zones sous médicalisées.

Nos patients ont été personnellement demandeurs de soins spécialisés ORL presque toujours après plus d'une semaine de soins médicaux (non hospitaliers) comportant presque toujours des anti-inflammatoires (stéroïdiens ou non) et une antibiothérapie itérative.

Dans un cas sur quatre environ on a noté des antécédents que nous partageons avec la littérature à savoir : 2 cas de VIH/SIDA (9,5%) porteurs de VIH 1 (dont un patient au taux de CD4=363 et le second au taux de CD4 =337) et un cas de diabète (4,8%).

Cependant dans la littérature l'antécédent le plus évoqué est le diabète [27,53]. Quant à nos deux cas de tuberculose pulmonaire évolutive (9,5%) ils n'ont pas été relevés par la littérature.

Notons que pour le VIH, le taux de prévalence nationale au Mali selon les dernières données est de 1,7 pour 1000 [22], pour la tuberculose pulmonaire 142 nouveaux cas/100 000 habitants [40]. Quant au diabète, en l'absence d'études récentes retenons qu'en 1985 sa prévalence au Mali était estimée à 0,98% de la population.

Nos critères diagnostiques ont été fondés sur l'interrogatoire, l'examen physique et l'imagerie. Nous avons presque toujours constaté la survenue d'un empâtement et/ou d'une congestion diffuse cervicale fébrile au décours soit d'une pyorrhée alvéolo-dentaire dans 90,5% des cas, soit d'une angine (9,5%), ce qui oriente fortement vers une cellulite.

Nous avons indiqué la TDM chez nos patients chaque fois qu'il y avait un empâtement à prédominance basicervicale et/ou présternale et/ou sus claviculaire. Notre objectif en le réalisant était double :

- Etablir une topographie exacte des espaces atteints ;
- Rechercher des atteintes médiastinales.

La tomodensitométrie réalisée dans six cas où l'on suspectait fortement des risques d'atteintes médiastinales nous a donné des images caractéristiques [52,53].

Les images orientaient vers un emphysème sous cutané cervical et/ou des collections mal circonscrites situées dans les espaces profonds pharyngo-cervicaux (loge pré et retrostylienne, plancher buccal entre autres) et le plus souvent associé à des images de myosite.

Or, dans la littérature en cas de prédominance de la porte d'entrée dentaire telle qu'évoquée dans notre étude, il semble plus fréquent de noter l'atteinte des espaces para-pharyngés [52].

Nos atteintes polyrégionales cervicales massives pourraient s'expliquer par le délai d'évolution de nos cas.

### **3. Aspects paracliniques**

#### **3.1. Biologie**

Nous avons utilisé la NFS et le dosage de la CRP à l'admission et pour le suivi thérapeutique de nos patients par période de 72 heures. Nous avons dès la quarante-huitième heure post opératoire commencé à constater une chute régulière de l'hyperleucocytose. Ce constat s'est confirmé avec la normalisation de la leucocytose à J<sub>6</sub> chez sept patients et à J<sub>9</sub> chez huit autres patients. La CRP a aussi régulièrement baissé pour se stabiliser sur trois contrôles successifs à partir de J<sub>8</sub> chez tous les patients.

#### **3.2. Bactériologie :**

Nos prélèvements bactériologiques, lesquels sont fortement souhaités à travers la littérature [11,27,52] sont revenus stériles dans les six cas où ils ont été demandés. A cela plusieurs explications probables :

- Les patients à l'admission étaient tous sous traitements antibiotiques de plus de six jours en moyenne et devant l'urgence nous n'avons pas voulu de fenêtre thérapeutique avant d'opérer ;
- La rupture de stocks souvent fréquente de milieux de culture spécifique dans nos laboratoires.



### **3.3. Imagerie**

Nous n'avons pas eu la possibilité de faire des contrôles d'imageries TDM répétés tels que préconisés par la littérature [6, 48, 50,53] surtout en cas de persistance du pic fébrile. Nous avons priorisé la TDM pour les patients présentant des signes faisant suspecter l'installation de médiastinite (plaintes à type de toux et/ou dyspnée et douleur thoracique se greffant sur un cou chaud et douloureux).

### **4. Aspects thérapeutiques**

Dans 23,8% des cas nous avons procédé à une large cervicotomie sous anesthésie générale avec drainage de toutes les poches de collection, lavage à grande eau au sérum physiologique et débridement de tous les tissus nécrotiques.

Dans 57,2% des cas, nous avons eu recours à l'anesthésie locale et nous avons intervenu par des cervicotomies économes avec effondrement des zones de collection à la compresse montée sur doigt.

En somme, notre prise en charge, majoritairement constituée d'une chirurgie de drainage avec débridement de tous les tissus dévitalisés est en accord avec la littérature [2,11,36,52] où l'on préconise une prise en charge combinée notamment avec le chirurgien dentiste si la porte d'entrée est dentaire [21,52]. Nos patients ont bénéficié dès l'obtention de l'apyrexie d'une prise en charge des pyorrhées alvéolodentaires ayant consisté en l'extraction des chicots dentaires multiples avec soins locaux.

Nous avons pour l'ensemble de nos patients institué une triple antibiothérapie synergique probabiliste à dose suffisante, protocole établi en fonction des données de la littérature. Pour ce faire nous avons pris en compte la fétidité et les zones de nécrose que nous avons eu à observer en per opératoire ; en cela nous avons, comme la littérature le signale [39,49] pensé à des germes anaérobies.

Nous avons aussi eu des limites par rapport à l'acte d'anesthésie qui ailleurs se fait sous anesthésie générale [27,53].

Dans notre contexte d'exercice, le patient supporte toutes les charges médicales directement en l'absence de système d'Assurance Santé.

Nous avons cependant relevé une mortalité lourde (28,5%), mais évoquée à travers la littérature [47]. Nous avons enregistré deux décès à J<sub>1</sub> post-opératoire chez deux patientes (dont une séropositive). Notons que toutes les deux avaient des atteintes multirégionales notamment du médiastin antéro-supérieur.

Et dans 19% des cas la chirurgie n'a pu se réaliser, les patients étant décédés le jour de l'admission à l'hôpital.

Nous estimons que la connaissance de cette urgence par les praticiens non spécialistes, source d'orientation rapide du patient, pourra corriger cet état de fait.

# CONCLUSION

*Thèse présentée par Gisèle OGOULIGENDE INDJELE épouse MIBINDZOU sous la direction du Pr Alhousseïni AG MOHAMED et du Dr Mohamed KEITA*

Cette étude descriptive a permis de répertorier et d'analyser les données épidémiologiques, clinico-thérapeutiques et évolutives des patients présentant une cellulite cervicale extensive, dans le service d'ORL de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako.

Au terme de cette étude il se dégage un certain nombre de constats dans notre contexte qui pourraient éventuellement être approfondis :

- Elle a une prédominance masculine (12 hommes pour 9 femmes) ;
- Elle touche essentiellement les jeunes (entre 16 et 35 ans) ;
- Elle atteint en majorité les patients d'un bas niveau d'éducation ;
- Urgence ailleurs, ici les patients consultent majoritairement au-delà d'une semaine d'évolution entraînant de ce fait une prise en charge chirurgicale car le seul traitement médical ne suffit plus.

C'est pourquoi la maîtrise des éléments de diagnostic positif de cette urgence redoutable par les agents de santé exerçant en première ligne sera gage d'une prévention correcte et d'une prise en charge précoce.

Ces actes amélioreront la mortalité et la morbidité encore attachées à cette affection.

# RECOMMANDATIONS

*Thèse présentée par Gisèle OGOULIGENDE INDJELE épouse MIBINDZOU sous la direction du Pr Alhousseïni AG MOHAMED et du Dr Mohamed KEITA*

Au terme de cette étude il apparaît que les cellulites cervicales extensives ne sont pas une pathologie aussi rares comme sous d'autres cieux. Elles sont graves et engagent assez souvent le pronostic vital.

Sous l'autorité de nos Maîtres nous préconisons les mesures suivantes :

#### **A l'endroit des autorités :**

- Favoriser la formation médicale continue à l'endroit des praticiens de la périphérie pour la reconnaissance des urgences les plus courantes ;
- Mettre en place dans nos structures de santé des circuits modernes de stérilisation avec une traçabilité correcte pour les instruments, les consommables et les linges médicaux.

#### **A l'endroit du personnel de Santé :**

- Etre humble et ne pas hésiter à adresser à un échelon supérieur toutes pathologies dont la prise en charge semble délicate ;
- Mettre au premier plan la collaboration pluridisciplinaire.

#### **A la population :**

- Consulter dès les premiers symptômes dans les structures de santé ;
- Ecouter toujours les professionnels de santé et accepter que la santé a un coût.

# BIBLIOGRAPHIE

*Thèse présentée par Gisèle OGOULIGENDE INDJELE épouse MIBINDZOU sous la direction du Pr Alhousseïni AG MOHAMED et du Dr Mohamed KEITA*

**1. Akallal N. et coll**

La cellulite cervico-médiastinale nécrosante : un diagnostic à ne pas méconnaître

Rev. Pneumol. Clin., 2002 ; 58, 6-355-358

**2. Bado F, Fleuridas G, Lockhart R, Chikhani L, Favre-Dauvergne E, Bertrand JC, Guilbert F.**

Diffuse cervical cellulitis about 15 cases

Rev Stomatol Chir Maxillofac. 1997; 98 (4) : 266-8.

**3. Baron D, Maligne M, Mercier J.**

Gangrènes gazeuses à point de départ dentaire.

Rev Stomato Chir Maxillo-faciale 1982 ; 82 (6) : 51-6

**4. Baron D, Malinge M, Mercier JAA.**

Gangrènes gazeuses à point de départ dentaire

Rev Stomato Chir Maxillo-faciale 1982 ; 82 (6) :

366-9

**5. Barry A, Holder P, Rupnick L.**

Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and necrotizing fasciitis.

Am J Health Syst Pharm 1996; 53: 265-9

**6. Becker M, Zbaren P, Hermans R, Becker CD, Marchal F, Kurt AM, Rufenacht DA, Terrier F.**

Necrotizing fasciitis of the head and neck: role of CT in diagnosis and management.

Radiology.1997; 202 (2) : 471-6.

**7. Boca P. et Moreau P.**

Complications cervicales d'infections dentaires. Les causes-Le diagnostic-Le traitement.

Acta Oto-rhino-laryngologica belg.1995, 49 : 37-447.

**8. Bonfils Pierre, Chevallier Jean Marc**

Anatomie tome 3, ORL

Flammarion-Médecine, Paris, 2<sup>ème</sup> édition, 402p



**9. Bottin R. et coll.**

Deep neck infection : a present day complication. A retrospective review of 83 cases (1998-2001).

Eur Arch Otorhinolaryngol 2003, 260: 576-579

**10. Bouchet A Cuilleret J**

Anatomie topographique descriptive et fonctionnelle, le Cou 2<sup>ème</sup> partie

Simep édition, Villeurbanne, 1971 ; 115p,

**11. Bratton TA, Jackson DC, Nkungula-Howlett T, Williams CW, Bennett CR.**

Management of complex multi-space odontogenic infections.

J Tenon Dent Assoc. 2002; 82 (3) :39-47.

**12. Brook I. et Frazer Edith H.**

Clinical and microbiological features of necrotizing fasciitis

Journal of clinical microbiology

1995, 2382-2387

**13. Brun-Buisson CJL, Saada M, Trunet P.**

Haemolytic streptococcal Gangrene and non-steroidal anti-inflammatory drugs. Br Med J 1985; 290: 1786

**14. Butler WT, Tossen RD.**

Effects of corticosteroids on immunity in man. Decreases serum IgG concentration caused by 3 or 5 days of High doses of methyl prednisolone.

J Clin Invest 1973; 52: 2629-40

**15. Carlet J, Nicolas F, Baron DAA.**

Traitement antibiotique préventif de la gangrène gazeuse. A propos de l'étude rétrospective de 608 cas.

Symposium international : les anaérobies ; microbiologie-pathologie.

In : Masson, ed. Paris ; 1981 : 258-67

**16. Chaplain A, Gouello JP, Dubin J.**

Cellulites cervicales nécrosantes aiguës à portes d'entrées pharyngées : rôle possible des anti-inflammatoires stéroïdiens. A propos de 5 observations.

Rev. Laryngol Otol Rhinol 1996; 117 (5): 377-80

**17. Chow AW.**

Life-threatening infections of the head and neck.

Clin Infect Dis 1992; 14 (5): 991-1002

**18. Coche G, Weiler S, Clement F.**

Médiastinites à germes odontogènes : A propos de 3 cas.

Ann Radiol 1988 ; 31 : 213-28

**19. Cogan MC.**

Necrotizing mediastinitis secondary to descending cervical cellulitis.

Oral Surg 1973; 36: 307

**20. Colmenero Ruiz C, Labajo AD, Yalez Vilas I, Paniagua J.**

Thoracic Complications of deeply situated serous neck infections.

J Craniomaxillofac Surg 1993; 21 (2): 76-81

**21. De-Vicente-Rodriguez JC**

Maxillofacial cellulitis

Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2004 ; 9 Suppl : 133-8 ; 126-33.

**22.EDSIII.Mali 2001**

Cellule planification et Statistique. Ministère de la Santé du Mali

Edition ORC Macro Maryland

**23. Giuliano A, Lewis F, Hadley K.**

Bacteriology of necrotizing fasciitis.

Am J Surg 1977; 134: 52-6

**24. Guerin JM, Laurent C, Manet P, Segrestaa JM.**

Cellulite faciale et Thrombophlébite septique du sinus caverneux à point de départ dentaire.

Rev Méd Int 1981 ; 8 : 416-8

**25. Guittard P, Ducasse JL, Jorda M. Fac.**

Les médiastinites à anaérobies odontogéniques.

Ann Fr Anesth Réanim 1984 ; 3 : 216-8

**26. Hounkpé YYC, Oussa GB, Vodouhe SJ, Babagbeto MJ,**

Medji ALP, Bassabi SK

Les Cellulites Cervico-Faciales : à propos de 55 cas colligés dans les services d'ORL et d'Ophtalmologie du CNHU de Cotonou

Médecine d'Afrique Noire 1990, 37(1) :31-34

**27. Huang TT, Liu TC, Chen PR, Tseng FY, Yeh TH, Chen YS.**

Deep neck infection: analysis of 185 cases

Head Neck.2004; 26 (10): 854-60.

**28. Kici S.**

Cellulites cervicales extensives : A propos de 59 cas.

Thèse de Médecine. Université paris VI-Pierre et Marie Curie

1999 ; 87p

**29. Kpemissi E.**

Cellulites cervico-faciales d'origine bucco-dentaire: étude de 26 cas au CHU de Lomé

Rev. Laryngol. Otol. Rhinol.

1995: 116, 3; 195-197

**30. Lin Yng-Tzer J.et Lu Pei-Wen**

Retrospective study of pediatric facial cellulitis of odontogenic origin.

Pediatr Infect Dis J .2006 ; 25: 339-342

**31. Mac Gregor RR., Spagnuolo PJ, Lenthek AL.**

Inhibition of granulocyte adherence by ethanol, prednisolone and aspirin

measured with an assay system.

N England J Med 1974; 291: 642-6

**32. Marty-Ane.**

Descending necrotizing mediastinitis.

J of Thorac Cardiovasc Surg 1994; 107: 55-61

**33. Mathieu D, Nevriere R, Teillon C, Chagnon JL, Lebleu N, Wattel F.**

Cervical necrotizing fasciitis : clinical manifestations and Management.

Clin Infect Dis 1995; 21 (1) : 51-6

**34. Mayor Guillermo Piazza et coll.**

Is conservative treatment of deep neck space infection appropriate?

Head neck 2001, 23: 126-133

**35. Merle JC, Guerini P, Beydon Lec.**

Cellulites cervico-faciales odontogéniques.

J Eur 1995 ; 1h14-9

**36. Mevio E.**

Anaerobic cervical cellulitis: a therapeutic approach

Acta Otorhinolaryngol Ital.1993; 13 (6) :525-36.

**37. Müller-Alouf H, Geoffroy C, Geslin Pea.**

Streptococcal pyogenic exotoxin A, streptolysin O, exoenzymes, serotype and biotype profiles of streptococcus pyogenes isolates from patients with toxic shock syndrome and other severe infection.

Zbl Bakt 1997,286:421-33

**38. ONUSIDA/OMS :**

Le point sur l'épidémie du SIDA, dec 2002

**39. Pignat JC, Haguenaer JP, Navailles B.**

Diffuse spontaneous cervical cellulitis caused by anaerobic bacteria

Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 1989; 110(2):141-4.

**40. Rapport 2004**

Programme National de lutte contre la tuberculose

Ministère de la Santé du Mali, 41 p.

**41. Revol P.et coll.**

Abcès intracérébral et cellulite cervico-faciale diffuse. Complication d'une extraction de dent de sagesse : à propos d'un cas.

Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac 2003, 104, 5, 285-289

**42. Reyford H. et coll.**

Cellulites cervico-faciales d'origine dentaire et intubation trachéale  
Ann. Fr. Anesth Réanim. 1995, 14 : 256-260

**43. Ridder Gerd Jürgen et coll.**

Spectrum and management of deep neck space infections: an 8-  
years experience of 234 cases  
Otolaryngology-head and surgery 2005 ;133, 709-714

**44. Rimailho A, Riou B, Richard C, Auzey P.**

Fulminans necrotizing Fasciitis and non steroidal anti-inflammatory  
drugs. J Infect Dis 1987; 155: 143-6

**45. Rinnehart JJ, Sagone AL, Bacerzack SP.**

Effect of corticostéroïd therapy on human monocyte function.  
N Engl J Med 1975; 292:236-41

**46. Romain P, Schmidt P, Hannion X, Le Tarnec A, Chalumeau  
F, Legros M.**

Gangrenous cervicofacial cellulites of dental origin about 11 cases  
Rev Stomatol Chir maxillofac.1989; 90(6):428-37.

**47. Rose C, Tellion C, Ferri F, Donazzan M**

Severe diffuse facial cellulitis  
Rev Stomatol Chir Maxillofac. 1997; 98 (4) : 269-71.

**48. Scaglione M, Pinto A, Romano S, Giovine S, Sparano A,  
Romano L.**

Determining optimum management of descending necrotizing  
mediastinitis with CT; experience with 32 cases.  
Emerg Radiol. 2005; 11(5):275-80.

**49. Shroeder DC, Sarha ED, Hendrickson DA, Healey KM.**

Severe head and neck infections resulting from gas forming  
organisms.  
J A D A 1987; 114:65

**50. Solberg CO, Allred CD, Hill HR.**

Influence of phenylbutazone on leukocyte chemilumescence and function.

Acta Pathol Microbiol Scan 1978; 86: 165-71

**51. Sperry K, Mac Feely PJ.**

Medicolegal aspects of necrotizing fasciitis of neck .

JFSCA 1987; 32 (1): 273-81

**52. Stalfors J, Adielsson A, Ebenfelt A, Nethander G, Westin T.**

Deep neck space infections remain a surgical challenge. A study of 72 patients

Acta Otolaryngol.2004; 124 (10) :1191-6.

**53. Tran Ba Huy, Manach Y.**

Les Urgences en ORL

Rapport 2002

Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la

Face et du Cou

**54. Valdazo A.**

Les suppurations péri-pharyngées: quelques réflexions à propos de 2 observations.

Rev Laryngol Otol Rhinol 1978; 99: 361-8

**55. Vuillecard E, Hervé V, Martin P.**

Cellulites diffuses gangréneuses cervico-faciales à point de départ stomatologique chez 7 patients Infectés par le virus HIV 1.

Rev Stomato Chir Maxillofac 1989; 99:90 (4): 268-73

# ANNEXES

*Thèse présentée par Gisèle OGOULIGENDE INDJELE épouse MIBINDZOU sous la direction du Pr Alhousseïni AG MOHAMED et du Dr Mohamed KEITA*



***Figure 9 : Tuméfaction chaude, douloureuse et collectée des régions sus et sous hyoïdienne avec fistulisation en regard des dents 32-33 chez un homme de 30 ans***



***Figure 10 : vue de profil d'une cellulite diffuse des régions sus et sous hyoïdienne***





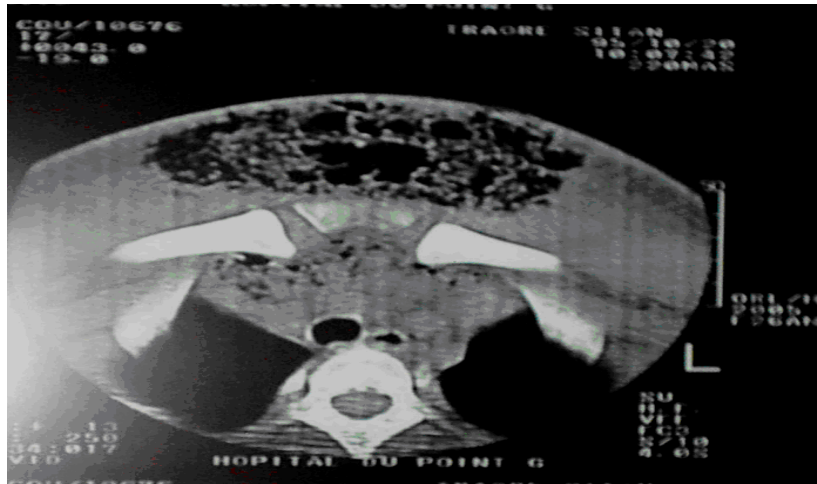
***Figure 11 : Fistulisation en regard des dents 32 et 33 de la cellulite extensive cervicale sus citée***



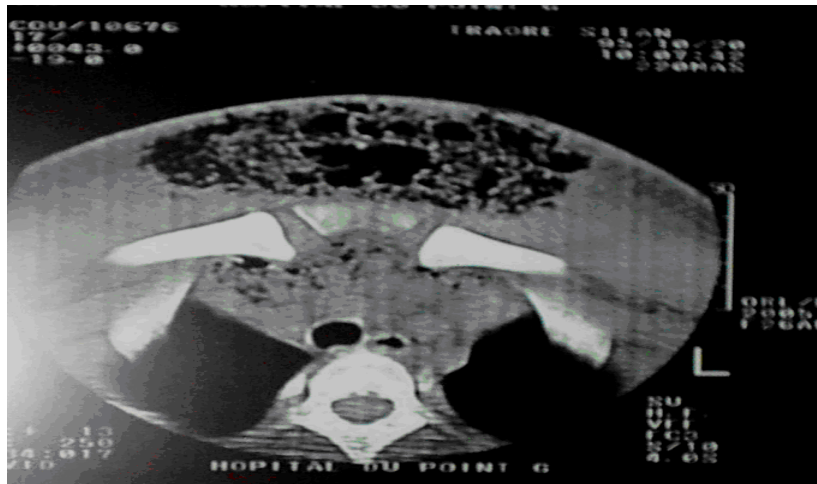
***Figure 12 : Vue de face d'une dame de 21ans admise dans le service pour cellulite cervicale due à une pyorrhée alveolo-dentaire sur un chicot de la 48***



***Figure 13 : vue de profil de la même patiente***



**Figure14** : Pneumathose sous cutanée dans les parties molles pré-sternales et médiastinales antérieures



**Figure15** : Pneumathose diffuse dans les parties molles cervicales antérieures dans un contexte de cellulite Cervicale diffuse



**Figure 16** : Pneumathose diffuse dans la région sus hyoïdienne

# ***FICHE SIGNALETIQUE***

**Nom :** OGOULIGENDE INDJELE Epouse MIBINDZOU

**Prénom :** Gisèle

**Titre de la thèse :** Les cellulites cervicales extensives : expérience d'une prise en charge ORL sur 21 cas (Novembre 2004 à Octobre 2005)

**Année académique :** 2005-2006

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

**Secteurs d'intérêt:** ORL, urgence Infectieuse, réanimation chirurgicale

## **Résumé**

Ce travail rapporte sur une année (novembre 2004 à octobre 2005) les résultats d'une étude descriptive ayant permis de colliger 21 cas de cellulites cervicales extensives.

Il ressort de ce travail que cette affection semble dans notre contexte toucher une tranche de jeune adulte (16 à 35 ans soit 81% des cas) plutôt de sexe masculin (57% des cas) et de niveau d'instruction modeste (28,6% des cas). Les tares ont été retrouvées chez 5 patients (2 cas de VIH<sub>1</sub>, 2 cas de tuberculose pulmonaire, 1 cas de diabète).

Sur le plan clinique, elle se présente sous deux tableaux classiques la forme phlegmoneuse et la forme gazeuse qui a semblé être la plus fréquente dans notre série (86% des cas). Les critères diagnostiques ont été le plus souvent cliniques, l'imagerie, la biologie (NFS, dosage CRP) et la bactériologie ont été plus utilisées comme outils décisionnels dans la prise en charge chirurgicale et le suivi thérapeutique.

La prise en charge a été chirurgicale (81% des cas) et nous avons noté une mortalité lourde : 6 décès dont 4 à l'admission et 2 en post chirurgicale.

L'évolution dans l'ensemble a été favorable avec une durée d'hospitalisation moyenne de quinze jours.

**Mots clés :** cellulite extensive et/ou Infection profonde du cou, urgence infectieuse.

# ***FICHE D'ENQUETE***

## ***Les cellulites cervicales extensives***

### 1. Identification du malade

Dossier N° ....

Noms et Prénoms :

Age :

Sexe :

Résidence en ville et quartier :

Niveau d'instruction :

Profession :

### 2. Clinique

Structure referante :

- 0 pour Médecin
- 1 pour autres, Précisez :

Délai de Consultation :

- 0 pour moins d'une semaine
- 1 pour sept à 14 jours
- 2 pour plus de 14 jours

Recherche d'antécédents: (0 pour normale, 1 pour pathologique)

Glycémie à jeun :

Sérologie VIH :

IDR à la Tuberculose :

Radiographie Pulmonaire :

### 3. Examen physique :

#### 3.1. Tuméfaction Cervicale :

a. Localisation :

- 0 pour une région cervicale
- 1 pour deux régions
- 2 pour plus de deux régions

b. Caractère douloureux :

- 0 pour présent
- 1 pour absent

c. Caractère crépitant :

- 0 pour présent
- 1 pour absent

d. Infiltration basicervicale :

- 0 pour présent
- 1 pour absent

3.2. Cavité Bucco Pharyngée :

- 0 pour normale
- 1 pour pathologique, Précisez :

3.3. Examen des autres appareils :

- 0 pour normale
- 1 pour pathologique, précisez :

3.4. Examen Général :

(Constantes : Température/Tension artérielle/Poids, taille)

- 0 pour sans particularité
- 1 pour pathologique, précisez :

4. Biologie : (0 pour normale ; 1 pour pathologique)

NFS :

CRP :

5. Bactériologie : (0 pour normale ; 1 pour pathologique et précisez)

6. Imagerie : (0 pour normale ; 1 pour pathologique et précisez)

Radiographie thorax :

TDM cervico-thoracique :

7. Traitement :

- 0 pour médical
- 1 pour chirurgical, précisez

## 8. Evolution :

Examen à J<sub>2</sub> : Examen physique, Biologie, Imagerie.

Examen à J<sub>4</sub> : Examen physique, Biologie, Imagerie.

Examen à J<sub>8</sub> : Examen physique, Biologie, Imagerie.

Examen à J<sub>14</sub> : Examen physique, Biologie, Imagerie.

# SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

Je garderai le respect absolu de la vie 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 .*