

Cellulite cervico-faciale

Ch. BERTOLUS

Points essentiels

- Les cellulites graves d'origine dentaire peuvent survenir chez des patients jeunes, en bonne santé, sans immunodépression.
- La fièvre est inconstante, son absence ne doit pas rassurer.
- L'examen de la cavité buccale peut être normal, en cas d'infection sur une dent incluse.
- La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens est, en soi, un facteur de risque de développer une cellulite grave.
- Le trismus serré et l'œdème du plancher sont les deux autres facteurs de gravité des cellulites mandibulaires.
- Les cellulites mandibulaires graves diffusent vers les VADS, avec un risque d'arrêt respiratoire par compression, et vers le médiastin, avec un risque de médiastinite.
- Les signes de compression des VADS sont l'orthopnée et la dysphagie totale, et non la désaturation en O₂, qui ne survient que très tardivement.
- Les cellulites maxillaires graves diffusent vers le massif facial, avec thrombose infectée de la veine faciale, et risque de thrombose suppurée du sinus caverneux.

Correspondance : Dr Chloé Bertolus, Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP) et Université Paris 6, 47-83, bd de l'Hôpital, 75013 Paris.

Les cellulites cervico-faciales représentent un groupe d'infections fréquentes, prenant des aspects cliniques variés. Leur pronostic est, en général, excellent, mais certaines formes malignes engagent le pronostic vital.

Elles ont, entre autres caractéristiques, la particularité de toucher des adultes jeunes et en bonne santé, et de les conduire parfois en réanimation « pour une simple carie dentaire ».

L'évaluation de leur gravité repose essentiellement sur l'appréciation clinique, qui doit donc être particulièrement rigoureuse.

1. Épidémiologie

Il n'existe aucune publication estimant l'incidence des cellulites cervico-faciales dans la population française. Les estimations de la grande garde de Chirurgie Maxillo-Faciale d'Île-de-France montrent une incidence d'environ 1/1 000 habitants par an, pour la seule étiologie dentaire, avec un âge moyen de 35 ans. La mortalité rapportée des cellulites varie de 6,5 à 35 % selon les séries, qui précisent rarement le stade de cellulite pris en compte dans ces estimations.

2. Physiopathologie

La porte d'entrée des cellulites cervico-faciales est, plus souvent, une infection dentaire. Les cellulites développées selon ce mode ont donc la particularité d'être des infections profondes, ayant pour origine un abcès ostéo-sous périosté, diffusé secondairement aux tissus cellulo-grasieux de la face, mais aussi aux tissus profonds, musculaires, des voies aérodigestives supérieures. Ce mécanisme de diffusion explique les complications, non seulement générales, septiques, des cellulites d'origine dentaire, mais aussi les complications régionales, liées aux compressions d'organes de voisinage.

Les cellulites surviennent le plus souvent chez des patients en « bonne santé », et les déficits immunitaires n'y sont pas retrouvés de façon fréquente. Ils favorisent, en revanche, l'apparition de cellulites gangréneuses, véritables fasciites nécrosantes au pronostic redoutable, heureusement rares.

Si la cellulite fait souvent suite à une infection profonde et négligée d'une dent, elle peut aussi survenir dans les suites d'un traitement dentaire, voire sur une dent de sagesse incluse, dont l'existence même est ignorée du patient.

La prise d'AINS, enfin, volontiers prescrits (ou auto-prescrits) en cas de douleurs dentaires, est un facteur prédictif de gravité des cellulites dentaires – que le mécanisme de cette aggravation soit lié à une diminution majeure de la douleur, masquant les signes d'évolution, ou à un rôle favorisant de l'infection par diminution de l'immunité.

3. Clinique

La cellulite faciale d'origine dentaire connaît trois stades cliniques.

3.1. Stade séreux

3.1.1. Examen

Il se caractérise par les signes « classiques » de l'infection au stade séreux : douleur, chaleur, rougeur. Il s'y associe une altération modérée de l'état général. L'examen de la cavité buccale met en évidence une inflammation gingivale, ainsi que la présence d'une dent porteuse d'une carie profonde. À la palpation, l'œdème prend le godet, il n'y a pas de fluctuation. Si l'infection siège sur les dents postérieures, un trismus modéré peut être présent.

3.1.2. Évolution

En l'absence de traitement adapté, elle se fait vers le stade collecté ou vers le stade gangréneux.

3.2. Stade collecté ou suppuré

Il succède au précédent, en général après 3 à 4 jours d'évolution.

3.2.1. Examen

Ce stade se caractérise par une aggravation des signes inflammatoires locaux, qui se circonscrivent, avec une douleur permanente et pulsatile, insomniante et la présence d'une fluctuation à la palpation. Si l'infection siège sur les dents postérieures, le trismus est franc, avec une ouverture buccale parfois limitée à quelques millimètres. L'examen de la cavité buccale, rendu souvent difficile par le trismus, permet de mettre en évidence l'inflammation gingivale, avec éventuellement du pus au collet de la dent. La palpation du plancher buccal peut trouver une infiltration, qui est un signe de gravité. La fièvre, enfin, est inconstante.

3.2.2. Évolution

En l'absence de traitement, elle peut se faire vers la fistulisation spontanée à la peau ou à la muqueuse, ou vers le stade gangréneux.

3.2.3. Complications

Les cellulites ayant pour point de départ une dent de l'arcade supérieure diffusent classiquement vers le massif facial et la région ptérygo-maxillaire, puis la fosse sous-temporale. La complication la plus redoutable de cette localisation est la thrombophlébite suppurée de la veine faciale, qui peut donner lieu à une thrombose du sinus caverneux, dont les signes cliniques associent un syndrome de la fente sphénoïdale (atteinte des nerfs III, IV, VI et V1), une exophtalmie majeure, un œdème palpébral et des signes d'atteinte méningée, avec un syndrome septique majeur. Cette complication, rarissime sous nos latitudes depuis l'avènement des antibiotiques, est en général mortelle.

Les cellulites à point de départ mandibulaire diffusent vers les voies aéro-digestives supérieures (VADS) en profondeur, et vers le médiastin en bas.

La compression des VADS est, parmi les complications graves des cellulites, la plus fréquente. Elle peut entraîner la mort par arrêt respiratoire, après une évolution de quelques heures. Les signes cliniques alarmants sont l'infiltration du plancher de la bouche, avec ascension de la langue, la présence d'un trismus serré, mais surtout une raucité de la voix, une dysphagie totale caractérisée par un bavage, et une orthopnée. Il est crucial de noter que, dans ce type de syndrome obstructif, comme dans les épiglottites virales de l'enfant, la saturation en oxygène reste normale jusqu'à l'arrêt respiratoire : son monitoring ne représente donc en aucun cas un moyen de surveillance efficace des patients atteints de cellulite grave.

L'atteinte médiastinale, qui s'explique par la continuité anatomique des loges celluloso-graisseuses cervico-faciales et médiastinales, est le plus souvent de découverte radiologique dans le cadre d'une cellulite à extension cervicale basse rapidement évolutive. Les signes généraux sont marqués, avec parfois une défaillance cardiaque par compression ou syndrome septique. Le pronostic est souvent fatal.

3.3. Stade diffus ou gangréneux

Il peut faire suite à l'un ou l'autre des deux autres stades, ou survenir d'emblée.

3.3.1. Examen

Il se caractérise par des signes généraux marqués (fièvre à 40 °C, choc septique), une diffusion rapide des signes cutanés, la présence éventuelle de crépitations à la palpation du placard inflammatoire, liés à la présence de germes anaérobies. Seule une prise en charge par une équipe de réanimation très spécialisée, associée à de très larges débridements chirurgicaux, pratiqués sans le moindre délai, peuvent, dans quelques cas, permettre la survie de ces patients.

3.3.2. Évolution

Rapidement fatale en l'absence de prise en charge.

4. Examens complémentaires

4.1. Imagerie

Le scanner cervico-facial injecté :

1. permet, au stade collecté, de visualiser la taille de la collection, et son impact sur les VADS ; dans les équipes entraînées, il est rarement réalisé, sauf en cas de tableau « atypique » (par exemple, cellulite cervicale avec aspect intra-buccal de cancer) ;

2. doit être étendu au thorax en cas d'extension cervicale basse du placard cutané inflammatoire, à la recherche de coulées infectieuses médiastinales ;
3. ne doit pas ralentir la prise en charge au stade gangréneux, doit être réalisé si possible avant le passage au bloc ;
4. n'est pas indiqué au stade inflammatoire.

L'imagerie dentaire classique (panoramique dentaire, cliché rétro-alvéolaire) permet de préciser la dent causale, surtout si le patient a un état mauvais état dentaire, ou si la dent causale est une 3^e molaire incluse.

4.2. Bilan sanguin

Hyperleucocytose et augmentation de la CRP sont la règle devant ces infections. Le reste du bilan (crase, ionogramme sanguin etc.) est surtout destiné à juger de l'opérabilité du patient.

Les hémocultures seront réalisées en cas de syndrome septique grave.

4.3. Prélèvements bactériologiques

Ils ne sont pas réalisés en routine lors du drainage d'une cellulite collectée « banale », car les germes retrouvés dans l'immense majorité des cas sont des germes saprophytes banals de la cavité buccale, systématiquement sensibles aux antibiotiques.

Il est, en revanche, important de les réaliser dans certaines situations :

1. cellulite gangréneuse, ou un pus brunâtre et malodorant signe la présence dominante de germes anaérobies ;
2. drainage itératif de collection, résistante au traitement classique bien conduit ;
3. terrain (immunosuppression, cellulite récidivante, antécédents d'irradiation de la cavité buccale).

Les facteurs de prédictifs de gravité d'une cellulite cervico-faciale d'origine dentaire (est considérée comme grave toute cellulite mal tolérée, pour laquelle une intervention doit être réalisée en urgence) sont, par ordre croissant d'importance :

1. la prise d'AINS ;
2. la présence d'un trismus serré (ouverture buccale < 10 mm) ;
3. la présence d'un œdème du plancher.

5. Diagnostic différentiel

5.1. Autres atteintes faciales

5.1.1. Atteinte cutanée primitive

Furoncle et anthrax.
Surinfection d'un kyste sébacé.

5.1.2. Atteinte de la région orbitaire

Dacryocystite.
Thrombophlébite primitive de la veine faciale.

5.1.3. Atteinte des glandes salivaires

Parotidite.
Sub-mandibulite, qui se distingue d'une diffusion de cellulite mandibulaire au plancher buccal par la persistance d'un espace libre entre la tuméfaction et la table interne de la mandibule (« signe du sillon »).

5.1.4. Atteinte primitive de l'oropharynx

Phlegmon de l'amygdale, qui partage avec la cellulite d'origine dentaire le trismus, l'odynodyspagie – mais s'en distingue par l'anamnèse, ne retrouvant pas de point d'entrée dentaire, et par la clinique, avec une tuméfaction majeure, de l'amygdale et du voile du palais, sans signe sur la muqueuse gingivale.

5.1.5. Surinfection d'un cancer de la cavité buccale

C'est le diagnostic différentiel le plus trompeur, et le plus important à poser !
Il est souvent fait devant une cellulite traînante, dont la guérison laisse une ulcération muqueuse saignant au contact. Des biopsies sont alors réalisées, qui permettent de redresser le diagnostic.

5.2. Autres atteintes cervicales

Ce sont principalement les surinfections de kystes congénitaux, dont un épisode infectieux bruyant (à type de cellulite comprimant les VADS) peut être un mode de révélation.

6. Prise en charge

6.1. Modalités

6.1.1. Traitement médical

Il repose sur l'association antibiotiques-antalgiques, et l'éviction des AINS.
L'association d'antibiotiques recommandée, prescrite de façon probabiliste, vise les streptocoques et les staphylocoques, ainsi que les germes anaérobies de la

cavité buccale (*Clostridium perfringens* et *oedematiens*, *Cryptococcus histolyticus*, fusobactéries, actinomycètes). On prescrit habituellement 3 g d'amoxicilline, associés à 1,5 g de métronidazole. La dose d'amoxicilline peut être doublée en cas d'infection grave. L'association de remplacement, en cas d'allergie, comporte de la clindamycine (600 mg × 3/j) et du métronidazole. Cette antibiothérapie est éventuellement sujette à des adaptations secondaires, en fonction des résultats de l'antibiogramme.

La prescription d'antalgique est adaptée à l'évaluation analogique de la douleur.

Les HBPM à dose préventive sont prescrites en cas d'œdème jugal atteignant la paupière inférieure. La dose curative est indiquée en cas de palpation d'un cordon inflammatoire sur le trajet de la veine faciale.

6.1.2. Traitement chirurgical

Il comprend le traitement de la porte d'entrée, en l'occurrence celui du foyer infectieux dentaire, et celui de la cellulite à proprement parler.

Le traitement de la porte d'entrée va de la simple trépanation d'une dent atteinte de carie profonde, mais conservable, pouvant être confiée en différé au dentiste, à l'avulsion de toutes les dents infectées, en cas de cellulite grave, en passant par l'avulsion d'une dent infectée sous anesthésie locale en cas de cellulite bien tolérée.

Le traitement de la cellulite va de la mise à plat d'un abcès, par voie endobuccale ou transcervicale, avec mise en place de drainage, jusqu'au large débridement de tissus nécrotiques. Il est le plus souvent réalisé sous anesthésie générale.

6.2. Indications

Au stade séreux : traitement médical et traitement de la dent, conservateur ou non, seront réalisés sous surveillance, après hospitalisation en chirurgie. Un traitement ambulatoire peut être réalisé si la tolérance de l'infection est bonne, si le patient est très compliant, et capable de se présenter de nouveau au moindre signe d'aggravation.

Au stade suppuré : traitement médical, traitement chirurgical de la porte d'entrée (en général, avulsion de la dent causale), mise à plat de l'abcès et mise en place d'un système de drainage. HBPM si nécessaire. Hospitalisation en chirurgie.

Au stade gangréneux : hospitalisation en réanimation, mise en condition et début du traitement médical, passage au bloc en urgence, trachéotomie, parage des tissus nécrotiques et traitement de la porte d'entrée. Réalisation de prélèvements bactériologiques.

7. Conclusion

Les cellulites cervico-faciales sont dominées par les cellulites d'origine dentaire, l'évaluation de leur gravité est principalement clinique, et leur prise en charge doit être extrêmement rapide en cas de signes de compression de VADS, ou d'apparition d'une diffusion gangréneuse.

Pour en savoir plus

- Rose C., Tellion C., Ferri F., Donazzan M. Les cellulites faciales graves diffuses. Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac., 1997, 98 (4) : 269-271.
- Bado F., Fleuridas G., Lockhardt R. et al. Cellulites cervico-faciales diffuses à propos de 15 cas. Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac., 1997, 98 (4) : 266-268.
- Wong T.Y. A nationwide survey of death from oral and maxillofacial infections: the Taiwanese experience, J. Oral Maxillofac. Surg., 1999, 57 (11) : 1297-1299.
- Rimailho A., Riou B., Richard C., Auzepy P. Fulminant necrotizing fasciitis and non steroidal anti-inflammatory drugs. J. Infect. Dis., 1987, 155 (1) : 143-146.