



Cellulite cervico-faciale aiguë diffuse d'origine dentaire compliquée d'un pyothorax, d'une péricardite et d'une médiastinite, un cas inédit.

Diffuse acute cervicofacial cellulitis of dental origin complicated by pyothorax, pericarditis, and mediastinitis, unprecedented case.

Salissou Souleymane T¹, Idani M¹, Djafarou AB², Dargani MF³, Kadre Alio KO⁴, Millogo M³, Konsem T¹.

Reçu le 24-01-2025

Accepté le 30-08-2025

Publié le 30-09-25

Mots-clés

Cellulite
cervico-
faciale ;
Pyothorax ;
Péricardite ;
Médiastinite ;
Carie dentaire

Résumé

Introduction : La cellulite cervico-faciale d'origine dentaire compliquée de médiastinite et de polysérite intrathoracique chez le même patient est exceptionnelle et potentiellement grave. L'objectif de ce travail était de souligner la gravité et décrire les modalités thérapeutiques d'une telle association dans un pays en développement.

Observation : Il s'agit d'un patient de 40 ans, sans antécédents pathologiques connus, admis pour une tuméfaction sous mentale diffusée à la région cervico-thoracique antérieure survenue dans un contexte d'odontalgie molaire gauche négligée depuis 10 jours. L'examen retrouvait un trismus, une tuméfaction cervico-faciale et thoracique avec crépitations gazeuses et une fistule cutanée. Le bilan biologique révélait une hyperleucocytose et l'imagerie objectivait une carie de la dent 38. La prise en charge en urgence a consisté en une réanimation, un drainage chirurgical, une antibiothérapie probabiliste et une extraction dentaire différée. L'évolution a été marquée par l'apparition d'une médiastinite, d'une péricardite et d'un pyothorax, ayant bénéficié d'une prise en charge pluridisciplinaire. L'évolution clinique et radiologique a été favorable avec sortie du patient à J30.

Conclusion : ce cas illustre la gravité potentielle des infections odontogènes traitées tardivement, notamment leur capacité à diffuser vers le thorax. Une prise en charge rapide, associant un drainage chirurgical, une antibiothérapie adaptée et une surveillance étroite, demeure essentielle pour améliorer le pronostic de telles associations.

Keywords :

cellulitis,
pyothorax,
pericarditis,
mediastinitis,
dental caries.

Abstract

Introduction: cervicofacial cellulitis of dental origin is a severe and extensive infectious emergency affecting the deep tissues of the face and neck. The objective of this report was to describe the management of a diffuse cellulitis complicated by pleuropneumopathy, pericarditis, and mediastinitis of dental origin at the Yalgado Ouédraogo University Hospital Center.

Case report: a 40-year-old male patient, with no known medical history, was admitted with a submental swelling that had spread to the cervicothoracic region, following a neglected left molar toothache evolving over 10 days. Clinical examination revealed trismus, facial swelling with subcutaneous crepitus, and a cutaneous fistula. Laboratory findings showed hyperleukocytosis, and imaging identified a carious lesion on tooth 38. Emergency

management included resuscitation, surgical drainage, empiric antibiotic therapy, and delayed tooth extraction. The clinical course was marked by the development of mediastinitis, pericarditis, and pyothorax, which were managed by repeated drainage procedures. The patient showed favorable clinical and radiological improvement and was discharged on day 30.

Conclusion: this case illustrates the potential severity of untreated odontogenic infections, particularly their ability to spread to the thoracic region. Prompt management combining surgical drainage, appropriate antibiotic therapy, and close monitoring remains essential to improve prognosis.

Introduction

Les cellulites cervico-faciales (CCF) sont des infections potentiellement graves des loges cellulo-graisseuses de la face et du cou. Elles sont le plus souvent d'origine dentaire ou péri dentaire [1]. De moins en moins fréquentes dans les pays développés en raison de consultations précoces et d'un système de soins performant, elles restent fréquentes dans les pays en développement comme le nôtre [2]. Elles sont responsables de complications multiples pouvant mettre en jeu le pronostic vital, fonctionnel ou esthétique des patients atteints surtout en cas de traitement tardif [2]. Les cellulites cervico-faciales seraient l'une des principales causes de mortalités dans les services de stomatologie et chirurgie maxillo-faciales en Afrique subsaharienne [2-4]. Elles peuvent se présenter sous plusieurs formes avec des topographies variées. Cependant la forme diffuse est redoutable en raison de son potentiel évolutif vers le médiastin, où l'infection peut provoquer des complications sévères comme les médiastinites, les pleurésies, les péricardites purulentes [4,5]. Ces formes graves présentent une létalité pouvant atteindre 10% selon Mouangue-Mbonjo [6]. Cette affection vue tardivement a un potentiel évolutif grave nécessitant une prise en charge multidisciplinaire. Ce travail vise à rapporter un cas de cellulite cervico-faciale diffuse compliquée d'une médiastinite, d'un pyothorax et d'une péricardite.

Observation

Il s'agissait d'un patient de 40 ans admis pour une tuméfaction douloureuse sous mentale et cervico-thoracique associée à une dysphagie et à une dysphonie consécutive à une odontalgie du groupe molaire inférieur gauche qui remonterait à 10 jours. L'interrogatoire avait retrouvé une notion de prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et une absence d'antécédents pathologiques médico-chirurgicaux. L'examen général notait un bon état de conscience, un état général altéré stade III de l'OMS et un syndrome infectieux. L'examen exobuccal révélait une tuméfaction inflammatoire hémifaciale droite étendue à la région cervicale et thoracique antérieure avec des crépitations gazeuses et une fistule cutanée laissant sourdre du pus ainsi que des tissus nécrosés. L'examen de la cavité buccale retrouvait un trismus serré, une mauvaise hygiène bucco-dentaire et une carie de la dent 38.

Affiliations :

- 1- Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou.
- 2- Service d'ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Hôpital Général de Référence de Niamey, Niger.
- 3- Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale, CHU Tengandogo, Ouagadougou.
- 4- Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale, Hôpital Général de Référence de Niamey, Niger

***Auteur correspondant :** Dr Salissou Souleymane Tandja
Tel: +227 97743405

Le bilan biologique révélait une hyperleucocytose à 26.830 globules blancs/mm³, un taux d'hémoglobine à 11,3g/dl, une glycémie, une fonction rénale et une sérologie rétrovirale normales. L'orthopantomogramme objectivait une carie de la dent 38.

Le patient avait bénéficié en urgence, d'une réanimation hydroélectrolytique suivie d'une incision-drainage des collections suppurées sous anesthésie locale avec ablation des tissus nécrosés, mise en place de drains de fortune et prélèvement bactériologiques en vue d'une pyoculture. Une biantibiothérapie probabiliste à base d'amoxicilline plus acide clavulanique 6g/jour et du métronidazole 1500 mg/jour avait été instituée, associés à une corticothérapie de

courte durée à base de méthylprednisolone à raison de 120 mg/j pendant 5jours. L'extraction de la dent 38 s'est faite à J4 d'hospitalisation. La pyoculture n'avait isolé aucun germe. A J6, l'évolution avait été marquée par l'apparition d'une douleur thoracique, d'une dyspnée et d'une fièvre. L'examen pleuropulmonaire retrouvait un syndrome d'épanchement pleural et une tuméfaction inflammatoire du membre thoracique droit avec des crépitations gazeuses. La tomodensitométrie réalisée, révélait un épanchement pleural, péricardique et une médiastinite sans fistule intrathoracique (figure.1).

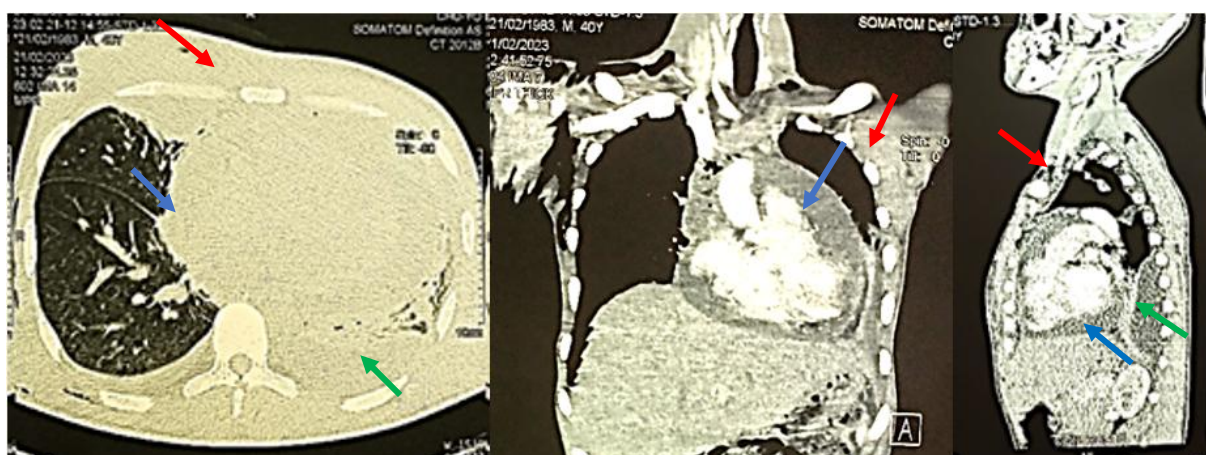


Figure 1 : TDM thoracique (coupes axiale, coronale et sagittale) montrant : un épanchement pleural (flèche verte), une péricardite (flèche bleue) et un épanchement thoracique (flèche rouge).

Le patient avait bénéficié, avec l'aide des pneumologues, d'une série de trois ponctions évacuatrices espacées de 48heures et d'un traitement médicamenteux à base d'antibiotique (Ceftriaxone 1,5g/12heures), pour la péricardite et la médiastinite avec l'accord des cardiologues. Une surveillance clinique de l'état hémodynamique et radiologique des épanchements avait également été instaurée. L'examen cyto bactériologique des liquides

d'épanchement n'avait pas isolé de germes. Quant à la tuméfaction inflammatoire du membre supérieur, elle s'est amendée avec le traitement médicamenteux instauré. Cette prise en charge énergique, pluridisciplinaire, avait permis d'obtenir une nette amélioration de l'état clinique et radiologique du patient à j30 d'hospitalisation autorisant sa sortie et sa prise en charge en ambulatoire (figure.2).

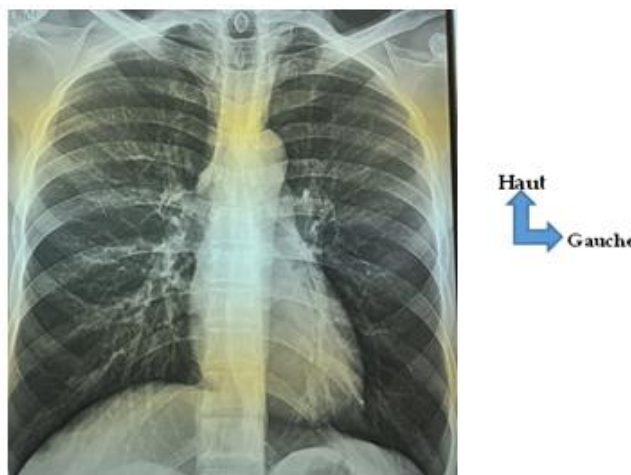


Figure 2 : Radiographie thoracique de contrôle du patient après 12 mois de suivi.

Discussion

Les cellulites cervico-faciales (CCF) sont des affections graves à potentiel évolutif rapide [1, 3, 5]. Leur diffusion intrathoracique est une complication relativement rare et redoutable [4]. La médiastinite et la polysérite intrathoracique concomitante suite aux cellulites cervico-faciales, comme dans le cas rapporté, sont exceptionnelles, donnant à ce cas sa singularité. Plusieurs étiologies peuvent être à l'origine des cellulites cervico-faciales, mais l'étiologie dentaire, comme dans le présent cas, semble prépondérante [5,7].

La diffusion intrathoracique de cette cellulite cervico-faciale à point de départ dentaire découlerait d'une part, de l'automédication du patient à base d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS). En effet, ces molécules altéreraient la réponse immunitaire locale favorisant ainsi une prolifération bactérienne excessive, responsable de l'extension rapide de l'infection vers les territoires de voisinage [7-9]. Selon Nicot et al., l'usage d'AINS contribuerait largement à la diffusion de l'infection et à l'apparition de complications sévères [10]. D'autre part, le retard à la consultation du patient aurait également contribué à la diffusion intrathoracique de l'infection par la poursuite évolutive qu'elle occasionne. En outre, la continuité anatomique, sans barrière

vraie, entre les loges cervico-faciales et le thorax justifieraient cette diffusion intrathoracique [2]. En effet, l'infection née de la cavité buccale se propage le long des fascias cervico-faciaux et gagne le médiastin par trois voies [4]. Elles sont d'arrière en avant : l'espace rétroviscéral ou rétropharyngé entre la loge viscérale en avant et le plan prévertébral en arrière ; la gouttière vasculonerveuse délimitée par la gaine vasculaire ; et l'espace prétrachéal situé dans la loge viscérale entre la trachée et la glande thyroïde [2,4].

Bien que le diagnostic positif des cellulites cervico-faciales soit clinique, le recours à la tomodensitométrie surtout en présence de signes d'extension thoracique devrait être systématique [2,4]. La non-réalisation de cette imagerie en première intention chez le patient, a conduit au diagnostic tardif des complications intrathoraciques. Ce diagnostic tardif aurait certainement contribué à faciliter l'aggravation de ces complications et pourrait être perçu comme une perte de chance pour le patient. Notons que les difficultés d'intendances de certains patients dans notre contexte contraignent parfois les praticiens à limiter les explorations paracliniques au strict minimum et à privilégier les prescriptions médicamenteuses. C'est cette habitude qui aurait conduit au diagnostic tardif des complications chez ce patient. En outre,

l'urgence thérapeutique née du tableau de cellulite cervico-faciale diffuse avec une nette altération de l'état général aurait également contribué à retarder la réalisation de la TDM chez ce patient. En effet, la prise en charge des cellulites cervico-faciales diffuses fait appel en urgence, à une réanimation hydroélectrolytique et à une bi voire une tri-antibiothérapie probabiliste massive, à large spectre, secondairement adaptée à l'antibiogramme [11]. Les explorations paracliniques morphologiques, le drainage chirurgical et le traitement étiologique ne se faisant que sur un patient stable et conscient [2]. Notre attitude thérapeutique en première intention tenait donc compte de cette exigence. L'apparition de douleurs thoraciques et d'une dyspnée chez un patient souffrant de cellulite cervico-faciale, doit faire penser à une diffusion intrathoracique et faire réaliser une tomodensitométrie pour confirmation et orientation thérapeutique [4,12]. Cette attitude nous a permis d'objectiver les complications intrathoraciques chez ce patient et guider sa prise en charge.

La prise en charge des cellulites cervico-faciales compliquées de médiastinite et de polysérite intrathoracique purulente d'origine dentaire est pluridisciplinaire associant anesthésiste réanimateur, chirurgiens cardiothoraciques, chirurgiens maxillo-faciaux, cardiologues, pneumologues et chirurgiens-dentistes [4]. Cette prise en charge commence par la stabilisation hydroélectrolytique du patient à travers la réanimation et une antibiothérapie probabiliste massive à large spectre adaptée secondairement à l'antibiogramme, après prélèvements bactériologiques [13]. Une fois le patient stable, le drainage cervico-facial et thoracique pluridisciplinaire peut se faire sous anesthésie générale [2]. Ce drainage consiste idéalement en une cervico-thoracotomie large permettant d'évacuer toutes les collections purulentes et l'exérèse de tous les tissus nécrosés [3,11,13,14]. Lorsque les collections pleurales et péricardiques sont peu abondantes

avec un retentissement fonctionnel respiratoire et circulatoire moindre, des ponctions évacuatrices peuvent suffire [4,15]. Chez notre patient, ses difficultés d'intendances dédoublées de contraintes institutionnelles et médico-techniques (absence de chirurgiens cardiothoraciques dans le CHU, présence d'une seule salle opératoire), nous ont contraints à opter pour un drainage cervico-facial sous anesthésie locale et des ponctions évacuatrices de la pleurésie purulente. Quant à la péricardite, en absence de signes de tamponnade cardiaque, son traitement peut se limiter à une antibiothérapie adaptée, associée à un repos conséquent [14], d'où notre attitude thérapeutique. A ce traitement général et local s'associe un traitement étiologique vis-à-vis de la dent causale. Ce traitement est le plus souvent radical, comme dans le cas présent et consiste en l'extraction de la dent causale [2].

L'antibiogramme issu de la pyoculture est d'une grande aide thérapeutique permettant d'accélérer la guérison du patient à travers l'utilisation d'antibiotiques électifs [16]. La négativité de toutes les cultures dans notre contexte serait la résultante soit d'une décapitation des germes par l'automédication, soit de conditions de transport ou d'ensemencement inadaptés soit des limites techniques du laboratoire. En effet, le laboratoire du CHU ne dispose pas de milieux de culture pour les anaérobies qui sont pourtant les principaux pourvoyeurs de cellulites diffuses.

En dépit des limites de notre plateau technique et de la gravité du cas rapporté, le patient a été sauvé moyennant une longue hospitalisation. Ces bons résultats témoignent de l'efficacité de l'antibiothérapie probabiliste instaurée et soulignent l'intérêt d'un traitement pluridisciplinaire, même en dehors des standards internationaux, devant de tels cas.

Conclusion

Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire restent des affections graves, dont la diffusion intrathoracique constitue une complication redoutable engageant le pronostic vital. La précocité du diagnostic, la prise en charge multidisciplinaire rapide et l'identification du germe causal sont les clés du succès de leur prise en charge. La lutte contre l'automédication surtout à base d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, la promotion de la bonne hygiène bucco-dentaire et de la consultation précoce sont les gages de l'éviction de telles affections. L'équipement conséquent des services de santé ainsi que la formation des ressources humaines sont les garants de la prise en charge adéquate de telles associations dans les pays en développement comme le nôtre.

Conflit d'intérêts : aucun

Références

1. Anzouan-Kacou E, Yapo A, Behibro R, Seguy FO, Late S, Konan E. Cellulites cervico-faciales de l'enfant : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques au CHU de Treichville (Abidjan). *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac.* 2022;29(3):20-5.
2. Millogo M, Idani M, Ouédraogo RW, Sanfo M, Dargani MF, Konsem T. Cervico-thoracic cellulitis at the Yalgado Ouedraogo University Hospital: about 50 cases. *Journal of Stomatology oral and Maxillofacial Surgery.* 2022;123:e724-30.
3. Illé S, Djafarou Abarchi B, Kadre Alio KO, Timi N, Dan Sono A. les cellulites cervico-faciales au service d'ORL et chirurgie cervico-faciale de l'Hôpital National de Niamey. *Health Sci Dis.* 2018;19(3):49-51.
4. Kadre Ousmane KA, Ibrahim A, Ille S, Rabiou S, Salami A, Sani R. Une cellulite de la face après un accident d'évolution de dent de sagesse compliquée de pleuro-médiastinite et de Péricardite : à propos d'un cas. *Jaccr Africa.* 2018;2(2):264-8.
5. Coulibaly TA, Traore I, Sourabie A, Ouedraogo RWL, Birba E, Millogo M et al. Diffusion thoracique des cellulites cervico-faciales : à propos de 51 patients au Centre Hospitalier Universitaire Sourô SANOU. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-Fac.* 2020;27(3):55-60.
6. Mouangue-Mbonjo L, Mbango-Ekouta ND, Ekambi-Kotto R, Elong JT, Mouangue RM, Ngaba Mamba Pouka ON. Parcours thérapeutiques, facteurs de risque et survie des patients atteints de cellulite cervico-faciale diffuse d'origine dentaire dans un hôpital en Afrique subsaharienne. *Jaccr Infectiology.* 2024;6(4):59-72.
7. Konsem T, Millogo M, Ouedraogo D, Zidwemba N, Ouoba K. Les cellulites diffuses cervico-faciales au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac.* 2012;19(2):30-4.
8. Digbeu OKE, Béréte PIJ, Teti FL, Goulé AM, Crezoit GE. Cellulite faciale d'origine dentaire : Expériences du Centre de santé de l'Université de Bouaké. *Open j. stomatol.* 2020;10(5):97-105.
9. Kouakou KR, Ouattara B, Sidibé O, Boka BL, Daweni J, Koffi M. Cellulites cervico-faciales diffusées et nécrosantes : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques en 15 ans au CHU de Cocody (Côte d'Ivoire). *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac.* 2018;25(2):5-9.
10. Nicot R, Hippy C, Hochart C, Wiss A, Brygo A, Gautier S et al. Les anti-inflammatoires aggravent ils la cellulite cervico-faciale odontogène? *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale.* 2014;115(5):31-3.
11. Blancal J-P, Kania R, Sauvaget E, Tran Ba Huy P, Mateo J, Guichard J-P et al. Prise en charge des cellulites cervico-faciales en réanimation. *Réanimation.* 2010;19:297-303.
12. Razafimanjato NNM, Ralaizafindraibe TH, Ramarolahy AR, Rajaonera TA, Rakotovao JLH. Mediastinite Descendante Nécrosante Aigue : Quatre Années D'expérience Dans Un Centre Hospitalier A Madagascar. *European Scientific Journal November.* 2017;13(33):417-28.
13. Ille S, Kadre Alio KO, Inoussa Daouda B, Djafarou Abarchi B, Sani R. Une cellulite cervico-faciale engageant le pronostic vital : à propos d'un cas. *Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin.* 2020;033:65-7.
14. Cho E, Park SW, Jun CH, Shin SS, Park EK, Lee KS. A rare case of pericarditis and pleural empyema secondary to transdiaphragmatic extension of

- pyogenic liver abscess. *BMC Infectious Diseases*. 2018; 18:40.
15. Issoufou I, Harmouchi H, Belliraj L, Ammor FZ, Rabiou S, Saeed A et al. Les cellulites cervico-thoraciques compliquées : l'avis du chirurgien thoracique. *Med Sante Trop*. 2019 ;29 :88-91.
16. Idani M, Millogo M, Bougoum S, Sanfo M, Dargani MF, Konsem T. Profil de sensibilité aux antibiotiques des bactéries isolées chez les patients souffrants de cellulites cervico-faciales diffuses au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO. *Burkina médical*. 2024 ;1(28) :77-85.