

Cellulites Cervico-Faciales d'Origine Dentaire

Une Revue Clinique Complète



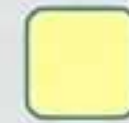
Dr. S. Mechaouf / Maître-assistant hospitalo-universitaire
Service de pathologie et chirurgie buccale / HCA
Année universitaire 2024-2025

Sommaire & Guide de Lecture

Plan du Cours

1. Introduction & Définition
2. Étiopathogénie
3. Étude Clinique
 - Formes Évolutives (Circonsrites vs. Diffuses)
 - Formes Topographiques
4. Traitement & Indications
5. Conclusion & Recommandations

Légende pour la Révision



Jaune [Qx] : Information testée lors d'un examen précédent (le numéro de la question est indiqué).



Vert : Concept fondamental à haute probabilité d'être évalué.

1. Introduction & Définitions Clés

Les cellulites cervico-faciales constituent de loin la première complication des foyers infectieux dentaires et représentent la principale urgence en pratique odontostomatologique. Leur évolution peut mettre en jeu le pronostic vital des patients. Un traitement adapté de la collection et de sa porte d'entrée est le garant d'une évolution favorable.

C'est une infection du tissu cellulo-adipeux de la face et du cou d'origine dentaire.



Cellulites Circonscrites (Abscès)

Processus infectieux **purulent collecté et bien limité**, évolution favorable.

Cellulites Diffuses (Phlegmons)

Inflammation aiguë avec **diffusion extrême sans aucune tendance à la limitation**.

Souvent appelées "cellulites malignes" **d'extrême gravité**. Réalisent des syndromes toxi-infectieux avec une nécrose étendue des tissus infectés.



2. Étiopathogénie : L'Origine de l'Infection

A. Facteurs Déterminants (Étiologies)



Dentaires :

- Infection péri-apicale par mortification pulpaire [Q26] (la cause la plus fréquente).
- Traumatismes dentaires [Q13].
- Accidents d'évolution des dents (DDS).



Péri-dentaires :

- Poche parodontale.
- Nécrose pulpaire à rétro (origine parodontale) [Q13].



Thérapeutiques (iatrogènes) :

- Traitement endodontique, reconstructions prothétiques, chirurgie buccale, implant dentaire.



B. Facteurs Favorisants

États de moindre résistance de l'organisme : immunodépression, diabète, corticothérapie à long cours, surmenage, etc.

2. Pathogénie : Les Voies Anatomiques de la Diffusion

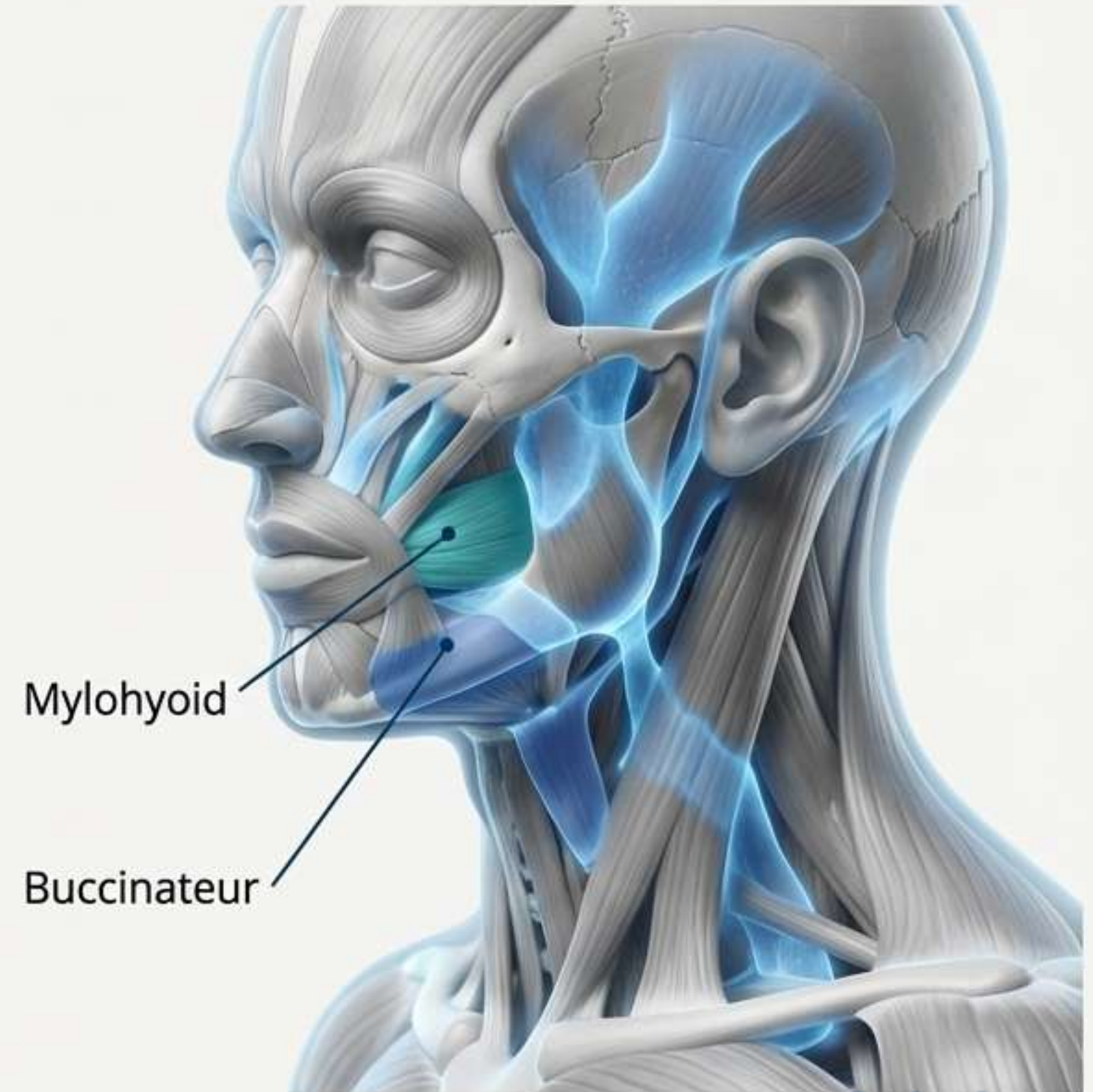
A. Le Tissu Cellulo-Graisseux Facial

- **Nature** : Tissu conjonctif lâche et adipeux.
- **Disposition** : Composé de 3 coulées (deux latérales et une médiane) qui communiquent largement entre elles, expliquant la large diffusion éventuelle du processus infectieux.

B. Les Guides et Barrières Anatomiques

La localisation de l'infection dépend de la position de l'apex dentaire par rapport aux tables osseuses et aux insertions musculo-aponévrotiques.

- **Muscle mylo-hyoïdien [Q11]** : Sépare les loges sublinguale (au-dessus) et sous-mandibulaire (au-dessous). Les apex des deux dernières molaires sont situés au-dessous de sa ligne d'insertion.
- **Muscle buccinateur [Q11]** : La propagation des infections contourne les limites de ce muscle, orientant l'infection vers le vestibule buccal ou la région génienne.



3. Étude Clinique : Formes Circonscrites Aiguës (Séreuse vs. Suppurée)



IV/A/1/1/1 - Cellulite Aiguë Séreuse

Phase initiale réversible.

- Douleur type desmodontite, sensation de dent « trop longue » [Q14] (.)
- Tuméfaction tendue, rosée, chaude, sans limites nettes.
- Peau élastique qui ne prend pas le godet [Q14] (.)
- Trismus peu important.

IV/A/1/1/2 - Cellulite Aiguë Suppurée (Abscess)

Complication du stade séreux.

- Douleurs intenses, lancinantes, pulsatives.
- Signes généraux : fièvre, fatigue.
- Tuméfaction bien limitée, fluctuante à la palpation [Q8, Q23] (.)
- Peau rouge, chaude et luisante.
- Les téguments prennent le godet (**Signe du godet positif**).

Cellulite Aiguë Séreuse → Cellulite Aiguë Suppurée (Abscess)

3. Étude Clinique : Formes Graves et Chroniques

IV/A/1/1/3 - Cellulite Aiguë Gangréneuse

- Rare mais grave, due aux germes anaérobies.
- Signes généraux marqués, toxi-infection, fréquente chez les diabétiques.
- Palpation : **crépitations gazeuses** (signe de gravité).
- Pus brunâtre avec une odeur nauséabonde.

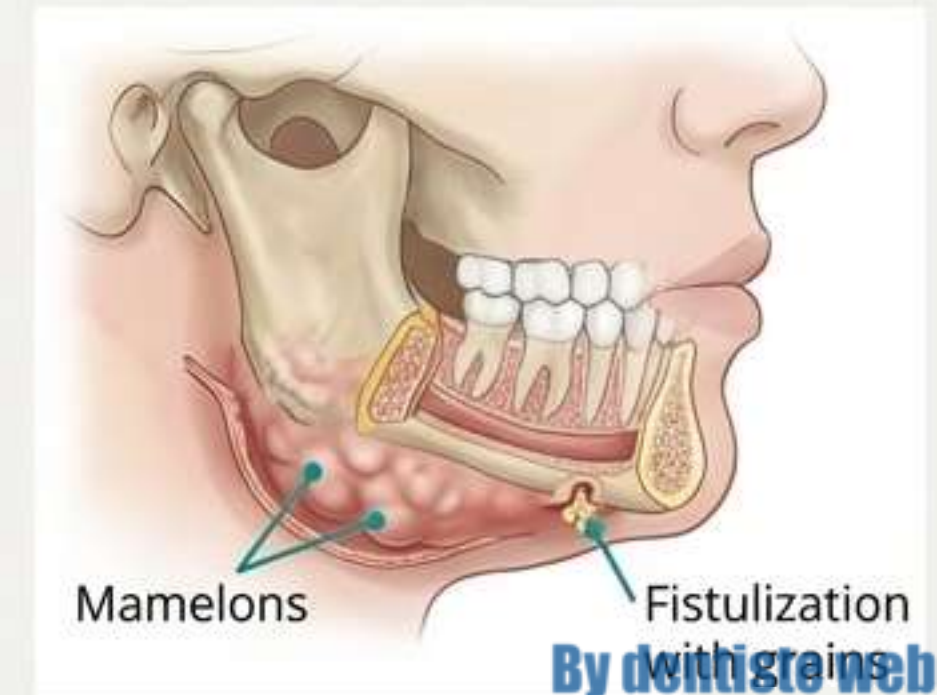


IV/A/1/2 - Cellulites Subaiguës et Chroniques

- **Forme commune** : Nodule cutané, indolore, ferme. Souvent suite à un traitement mal adapté.
Diagnostic différentiel : **Kyste sébacé, Furoncle** [Q2, Q19]

IV/A/1/2/2 - Forme spécifique : Cellulite Actinomycosique (rare)

- Tuméfaction siégeant à l'angle mandibulaire, ferme, formée de **série de mamelons séparés par des sillons** [Q1]
- Après fistulisation, écoulement d'un liquide séro-hématique avec des **grains jaunes** caractéristiques [Q1]



3. Étude Clinique : Les Cellulites Diffuses (Phlegmon)

Urgence Vitale Absolue

Définition : Inflammation aiguë caractérisée par une diffusion extrême sans tendance à la limitation, compliquée par une nécrose étendue et une atteinte générale grave (toxi-infection).

Terrain : Souvent un patient immunodéprimé (diabète, SIDA) ou traitement inadapté.

Le **geste chirurgical de débridement** est fondamental pour le pronostic.

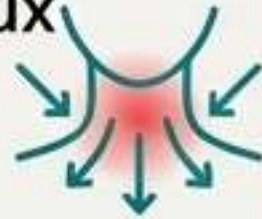
Signes Généraux (Toxi-infection grave)	Signes Locaux
<ul style="list-style-type: none">• État général très altéré, visage pâle.• Fièvre élevée ($>38.5^{\circ}\text{C}$).• Non concordance entre le pouls et la température (pouls rapide).• Gêne respiratoire, tension artérielle basse.	<ul style="list-style-type: none">• Œdème dur, ligneux, non-fluctuant qui s'étend rapidement.• Peau marbrée, violacée, avec zones de nécrose.• Douleur modérée (destruction des nerfs sensitifs).• Diffusion rapide du processus infectieux à plusieurs loges (processus nécrotique marqué).

3. Étude Clinique : Les 6 Signes Locaux de Gravité à Dépister

Ces signes doivent permettre d'anticiper une évolution pouvant mettre en jeu le pronostic vital et/ou fonctionnel :

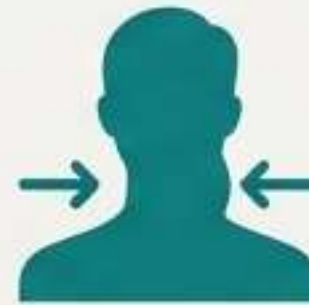
1.

Un érythème qui, à partir de la tuméfaction, tend à s'étendre vers la partie basse du cou ou les creux sus-claviculaires [Q5, Q17, Q20].



2.

Une tuméfaction cervicale
Une tuméfaction cervicale qui vers la ligne médiane.



3.

Une crépitation neigeuse à la palpation (présence de gaz). "pop"



4.

Une tuméfaction du plancher buccal avec œdème lingual débutant.



5.

Une douleur oropharyngée très vive, qui gêne la déglutition salivaire, s'accompagnant d'un trismus serré [Q5, Q17, Q20].



6.

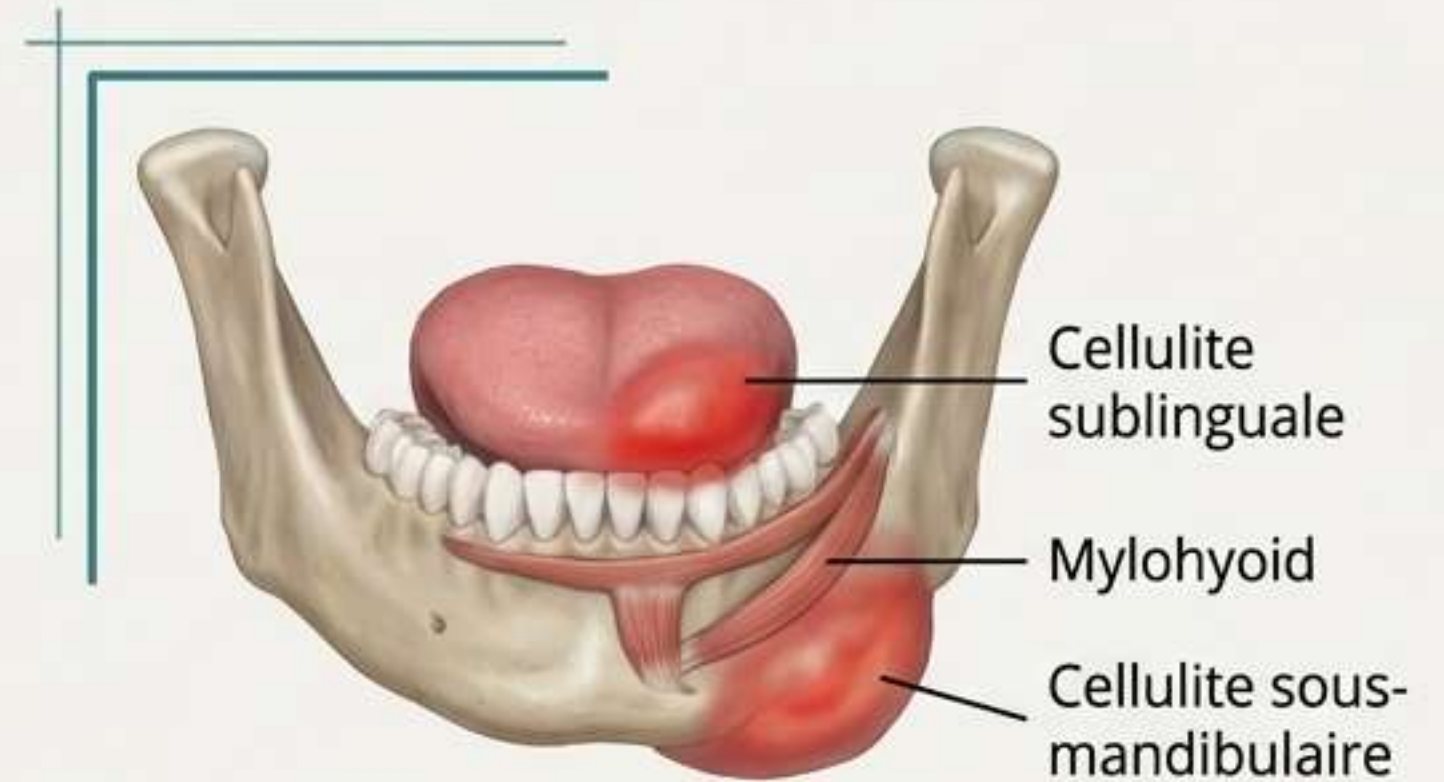
Une tuméfaction jugale qui ferme l'œil du patient [Q20].



3. Formes Topographiques : Région Pérимандibulaire (1/2)

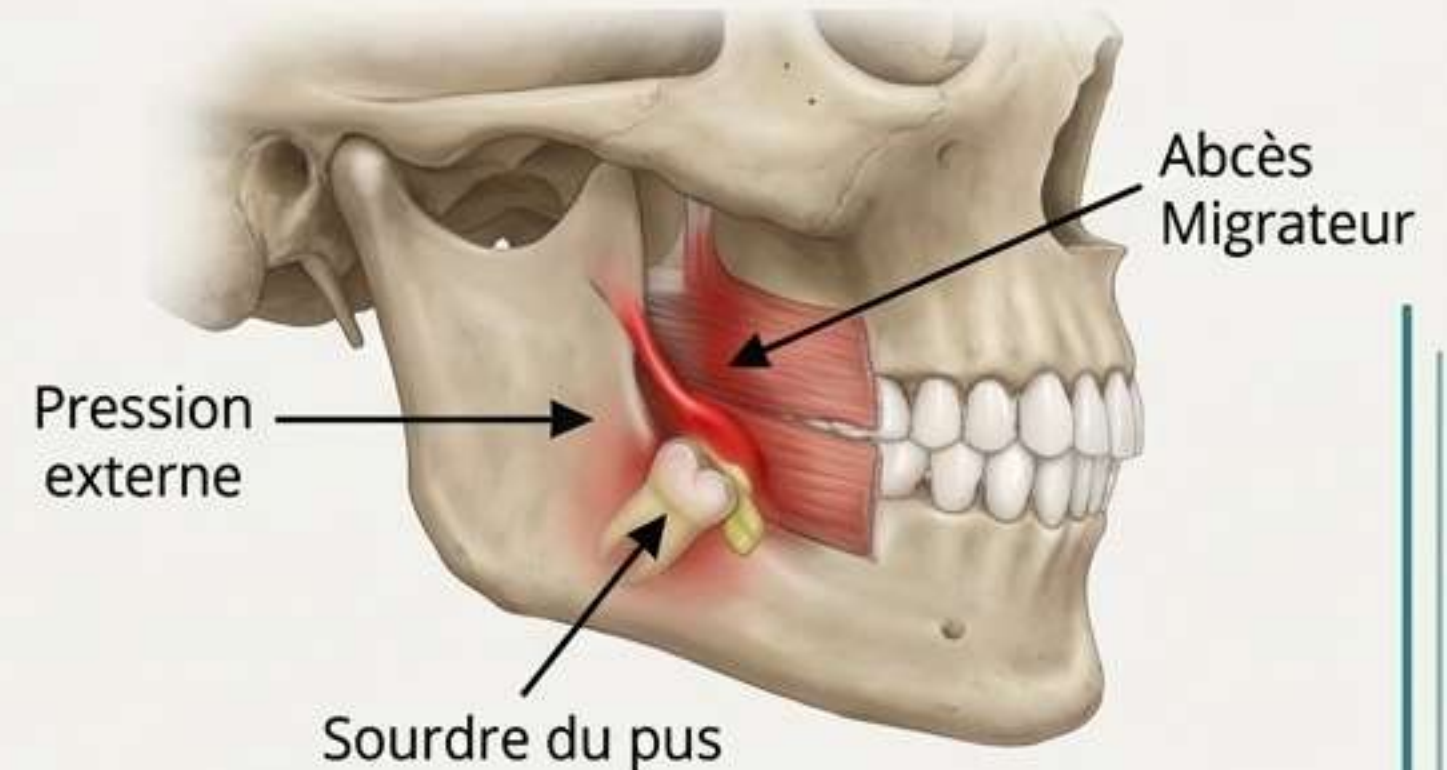
IV/B/1/4 - Cellulites du Plancher Buccal

- **Cellulite sublinguale (sus-mylohyoïdienne) :**
Tuméfaction endobuccale, plaquée le long de la table interne, repoussant la langue. Troubles de la parole et de la
- **Cellulite sous-mandibulaire (sous-mylohyoïdienne) :**
Tuméfaction exobuccale, adhérente au bord basilaire. Joue épargnée, trismus toujours présent.



IV/B/1/5 - Abscès Buccinatomaxillaire de Chompret - L'Hirondel (« Abscès Migrateur »)

- Classiquement en rapport avec une péri coronarite d'une dent de sagesse inférieure [Q7, Q15, Q18].
- La collection évolue entre le muscle buccinateur et le rempart alvéolaire.
- Signe caractéristique : la pression sur la tuméfaction génienne externe fait sourdre du pus dans la région de la dent de sagesse inférieure [Q18].



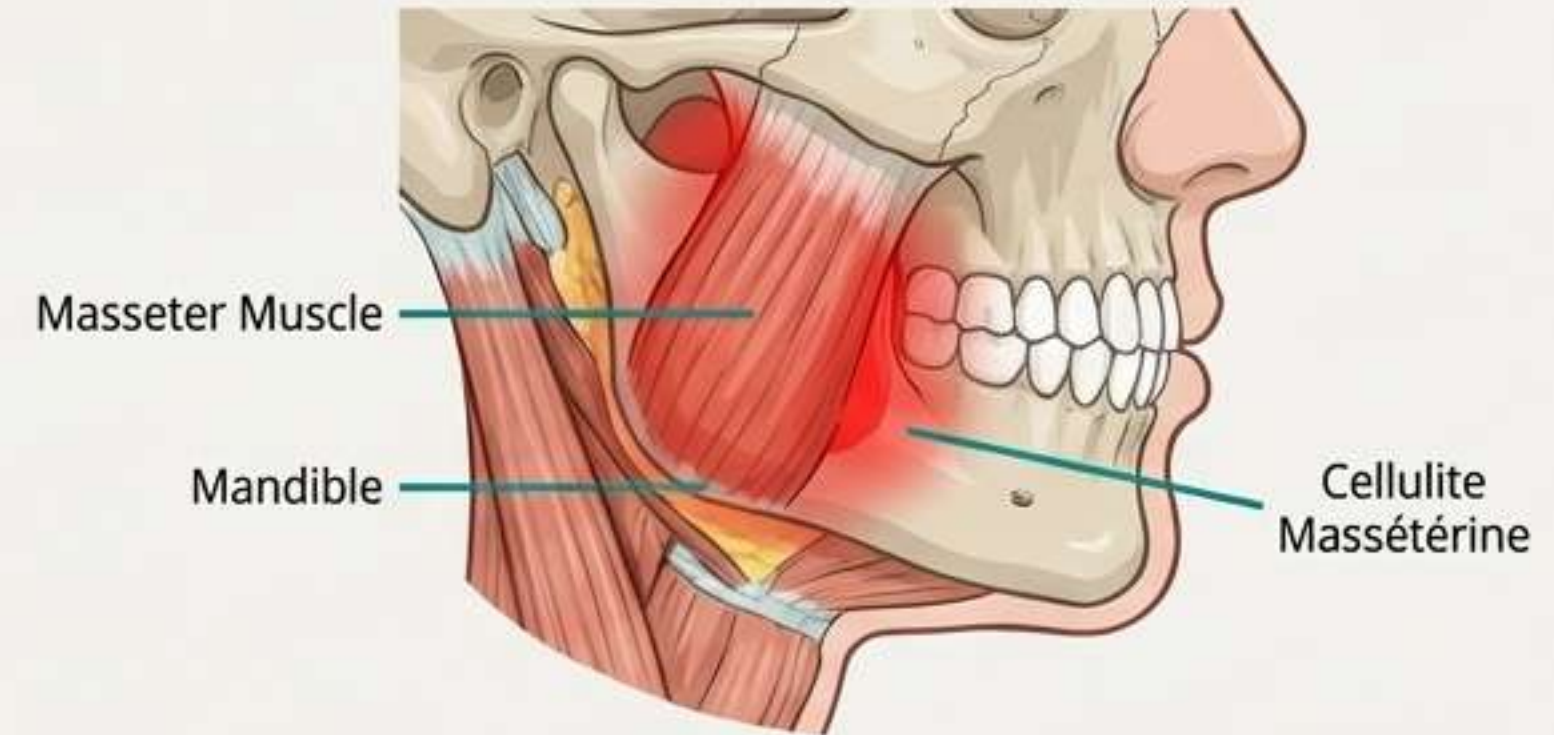
3. Formes Topographiques : Pérимандibulaire (2/2) & Pérимaxillaire

Région Pérимандibulaire (suite)

IV/B/1/6 – Cellulite Massétérine :

- Souvent liée à une dent de sagesse inférieure.
- Douleurs importantes et trismus particulièrement intense.

Danger : diffusion vers les espaces infratemporaux.



Régions Pérимaxillaires

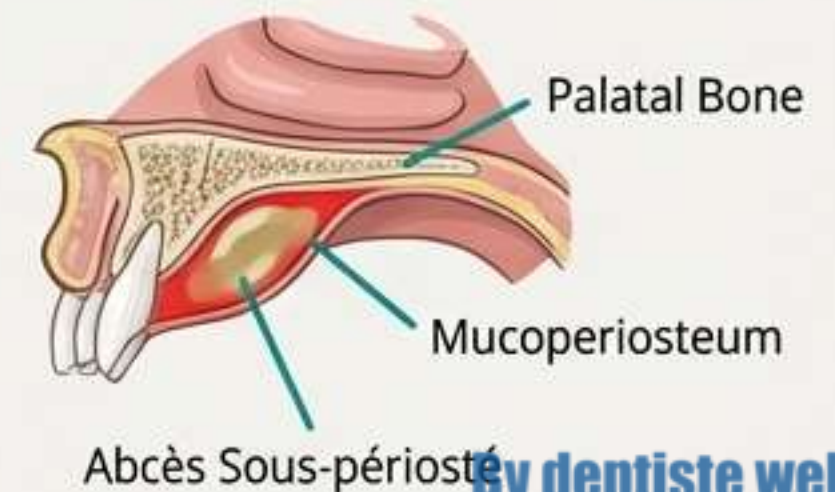
IV/B/2/3 - Cellulite Nasogénienne et Génienne Haute :

- En rapport avec une infection périapicale de la canine ("dent de l'œil") ou des prémolaires. S'accompagne d'un œdème de la paupière inférieure.



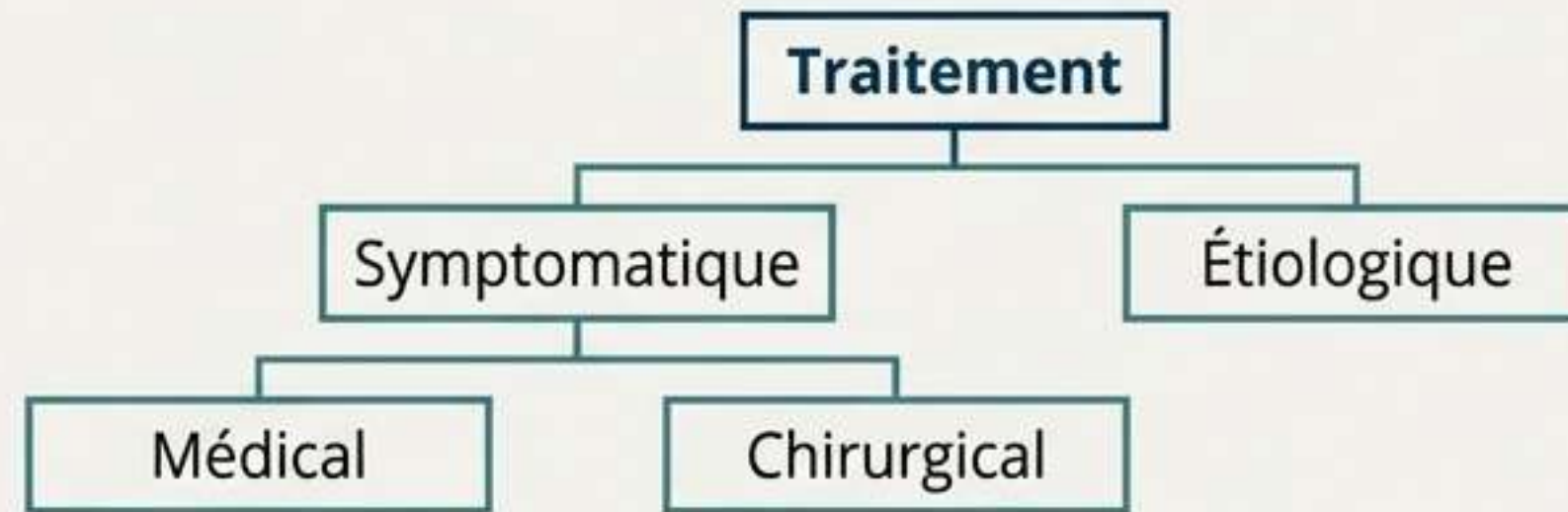
IV/B/2/4 – Absès Palatin / Sous-périosté :

- Collection purulente entre la fibromuqueuse palatine et l'os.
- Très douloureuse. Liée aux incisives latérales ou aux racines palatines des prémolaires/molaires.



4. Traitement : Principes & Volet Médical

V - Le **traitement** s'adresse aux signes (Symptomatique) et à la cause (Étiologique).



Principes Fondamentaux :

- Le texte suivant est surligné en vert: Ne pas substituer un antibiotique à une chirurgie appropriée.
- Évaluer le rapport bénéfice/risque pour chaque prescription.
- Réévaluer l'effet thérapeutique dans les 48 à 72 heures.

V/A - Volet Médical : Antibiothérapie

- Probabiliste (sans antibiogramme) : Orientée contre les germes aérobies et anaérobies.
 - 1ère intention : Amoxicilline.
 - Allergie aux bêta-lactamines : Macrolides (Spiramycine, Erythromycine).
 - 2ème intention / Formes sévères : Association Bêta-lactamine + Métronidazole.

Anti-inflammatoires :

- Les AINS ne doivent pas être prescrits en première intention (risquent de masquer l'infection et de favoriser son extension).

4. Traitement : Le Drainage Chirurgical

V/B - Objectifs & Étapes

Objectifs :

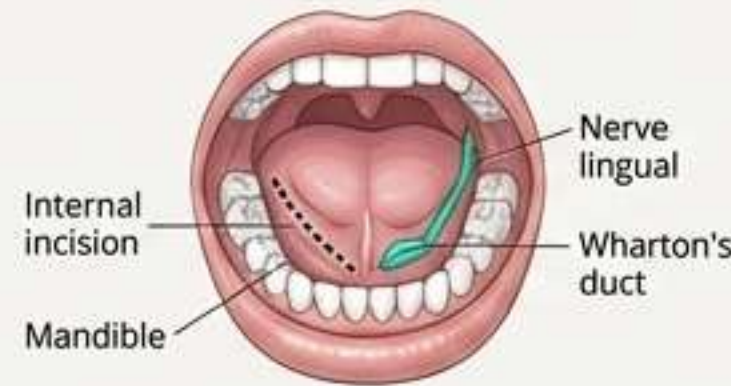
- Évacuer le pus, réduire la pression, éliminer les conditions d'anaérobiose et soulager le patient.

Étapes du Drainage :

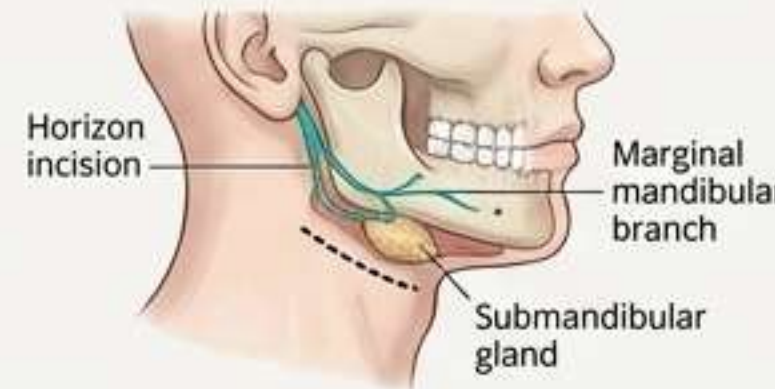
1.  Anesthésie locale
2.  Ponction et prélèvement
3.  Incision au point le plus déclive
4.  Mise à plat et débridement
5.  Lavage
6.  Pose d'un drain

Siège de l'Incision : Règles Anatomiques

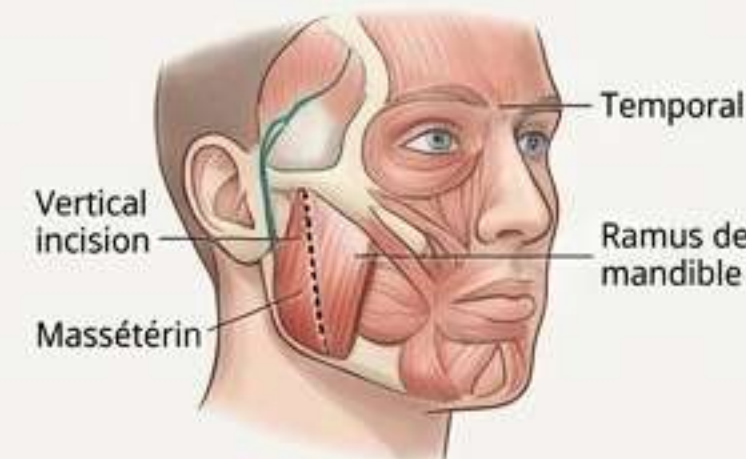
Principe : Soit à la partie la plus déclive de la tuméfaction, soit où la collection est la plus superficielle [Q3, Q21].



Abcès sublingual : Incision endobuccale le long de la table interne (pour éviter le nerf lingual et le canal de Wharton) [Q3, Q4, Q21].



Abcès sous-mandibulaire : Incision cutanée parallèle au bord basilaire, mais à distance pour respecter le rameau mentonnier du nerf facial [Q3, Q4, Q21].



Abcès massétérin : Incision verticale faite au bord antérieur de la branche montante [Q3, Q21].

(Note : Q4 est une question "réponse fausse" qui utilise "face externe" au lieu de "bord antérieur").

4. Indications Thérapeutiques & Traitement Étiologique

VI - Conduite à Tenir selon le Stade Clinique

Stade / Forme	Conduite à Tenir
VI/1 - Cellulite Aiguë Sérouse	Traitement médical seul. Antibiothérapie de règle. Traitement étiologique de la dent dès que possible.
VI/2 - Cellulite Aiguë Suppurée	Traitement médico-chirurgical. Le drainage est obligatoire et ne doit pas être retardé. Antibiothérapie probabiliste. Traitement étiologique.
VI/3 - Cellulite Aiguë Gangreneuse	Hospitalisation en urgence. Antibiothérapie intensive IV, corticothérapie. Drainage et large débridement chirurgical. Avulsion de la dent causale en urgence.
VI/4 - Cellulite Chronique	Traitement étiologique primordial. Éradication du foyer infectieux (Extraction / Curetage) [Q24] .. Pas d'antibiothérapie systématique.

Quand traiter la dent causale ?

- **Idéalement "à chaud"** : Le plus tôt possible [Q25] en même temps que l'incision.
- **Sinon "à froid"** : Après quelques jours, si les conditions locales ou générales ne permettent pas une extraction immédiate.



5. Recommandations & Conclusion

VII - Ce qu'il Faut Éviter :

- ❌ **Au stade non suppuré** : Se contenter d'un traitement antibiotique sans traiter la cause.
- ❌ **Au stade collecté (abcès)** : Pratiquer l'incision de la collection et négliger d'instituer le traitement de la dent causale.
- ❌ **Au stade collecté (abcès)** : Mettre un malade sous ATB sans effectuer le drainage.

VIII - Conclusion

Si l'avènement des antibiotiques a modifié le pronostic de ces maladies, le traitement étiologique et le drainage des complications demeurent une étape essentielle du traitement.

Devant la variété et la gravité de ses complications, la prévention est essentielle. La bonne hygiène bucco-dentaire enseignée puis appliquée par les patients demeure cependant la pierre angulaire de la prévention.

