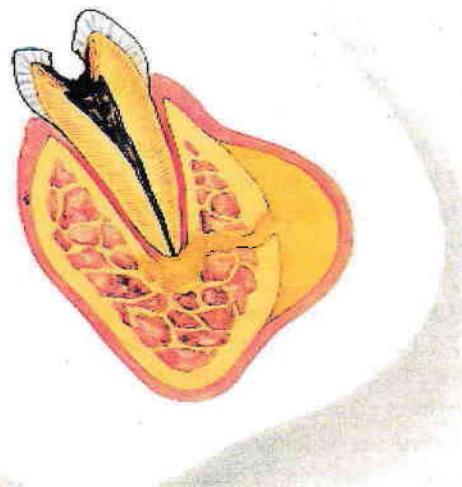


Cellulites cervico-faciales d'origine dentaire

Plan

- I / Introduction
- II / Définition
- III / Etiopathogénie
- IV / Etude clinique
 - IV / A / Formes évolutives
 - IV / A / 1 / Cellulites circonscrites
 - IV / A / 2 / Cellulites diffuses
 - IV / B / Formes topographiques
 - IV / B / 1 / Formes périmandibulaires
 - IV / B / 2 / Formes périmaxillaires
- V / Traitement
- VI / Indications thérapeutiques
- VII / Recommandations
- VIII / Conclusion



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

I / Introduction :

Les cellulites cervico-faciales constituent de loin la première complication des foyers infectieux dentaires et représentent la principale urgence en pratique odontostomatologique. Méconnues ou incorrectement traitées, leur évolution peut mettre en jeu le pronostic vital des patients.

Le diagnostic est aisément établi et la thérapeutique est bien codifiée. Néanmoins, nous sommes, régulièrement, confrontés aux échecs inhérents à une prise en charge inappropriée.

Un traitement adapté de la collection et de sa porte d'entrée est le garant d'une évolution favorable.

II / Définition :

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

- **Cellulites circonscrites ou abcès** : c'est un processus infectieux purulent collecté et bien limité, évolution favorable.

- **Cellulites diffuses ou phlegmons** ou encore appelées **cellulites malignes d'extrême gravité**, elles réalisent des syndromes toxico-infectieux avec une nécrose étendue des tissus infectés.

III / Etiopathogénie :

III / A / Étiologies :

III / A / 1 / Facteurs déterminants :

- Dentaires *** :

- Infection péri apicale par mortification pulpaire.
- Traumatismes dentaires.
- Accidents d'évolution des dents (DDS).

- Péri dentaires :

- Poche parodontale.
- Nécrose pulpaire à rétro (origine parodontale).

- Thérapeutiques (iatrogènes) :

- Traitement endodontique.
- Reconstructions prothétiques.
- Chirurgie buccale.
- Implant dentaire.

III / A / 2 / Facteurs favorisants :

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

III / B / Pathogénie :

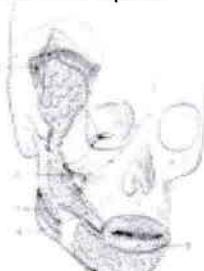
III / B / 1 / Bases anatomiques :

III / B / 1 / La nature et la disposition du tissu cellulo graisseux facial :

- **Nature** : Tissu conjonctif lâche et Tissu adipeux.

- **Répartition** : composé de 3 coulées : deux latérales et une médiane. En continuité avec les espaces voisins occupe diverses régions de la face et du cou. Toutes ces régions communiquent largement entre elles et contiennent à des degrés divers du tissus cellulo-adipeux ce qui explique la Large diffusion éventuelle du processus infectieux.

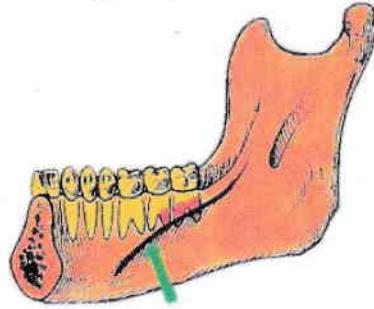
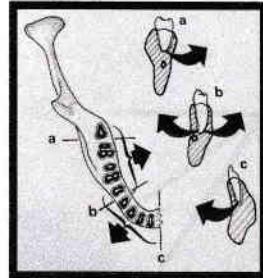
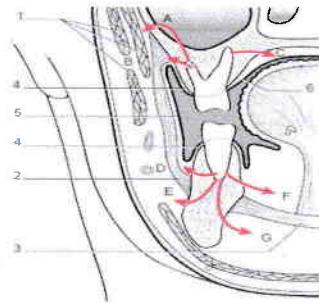
- **Rôle** : remplissage et glissement des éléments anatomiques.



Répartition schématique des amas cellulo-grasseux de la face

III / B / 1 / 2 / Topographie d'implantation des racines dentaires :

III / B / 1 / 2 / 1 / Point de départ de l'infection : la localisation de l'infection par rapport aux tables osseuses et Insertions musculo-aponévrotiques.



Coupe frontale de la face passant par la première molaire

Arche dentaire mandibulaire

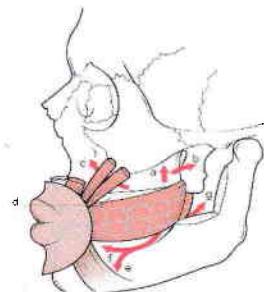
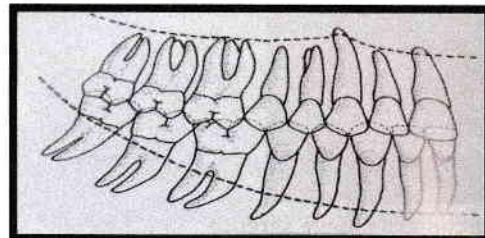
Apex molaires et ligne oblique interne

III / B / 1 / 2 / 2 / Positions des apex par rapport aux tables osseuses :

- La première molaire est en position axiale : en avant d'elle, toutes les dents sont plus proches de la table externe ; en arrière, elles jouxtent la table interne.
- Les apex des deux dernières molaires sont situés au-dessous de la ligne d'insertion du muscle mylohyoïdien. Les infections issues des dernières molaires ensemencent directement la région cervicale et/ou l'espace para-amygdalien, encore appelé espace sous-parotidien antérieur ou ptérygo-pharyngien, qui constitue un véritable carrefour stratégique pour la dissémination de l'infection vers les autres espaces cervicaux et vers le médiastin.
- Les apex dentaires sont proches de la table externe du maxillaire, sauf les racines palatines des prémolaires et molaires.

III / B / 1 / 2 / 3 / Positions des apex par rapport aux insertions musculo-aponévrotiques :

Du côté vestibulaire buccal, la propagation des infections contourne les limites du muscle buccinateur et des muscles peauciers.



Par rapport à la ligne de réflexion muqueuse

Muscle buccinateur et région génienne

- | | |
|--|------------------------------------|
| a/ Base de l'os malaire | b/ fosse ptérygomaxillaire |
| c/ fosse canine(muscles zygomaticques) | d/ vestibule buccal |
| e/ abcès de Chompret et L' Hirondel | f/ fusée vestibulaire du précédent |
| g/ espace interptérygoïdien | |

III / B / 2 / Voies de propagation de l'infection :

L'infection dentaire ou péri dentaire parvient au tissu cellulaire par plusieurs voies :

- Voie ostéo-périosté : Classique.
- Voies veineuse et lymphatique (rare).
- Voie directe.

III / C /Bactériologie :

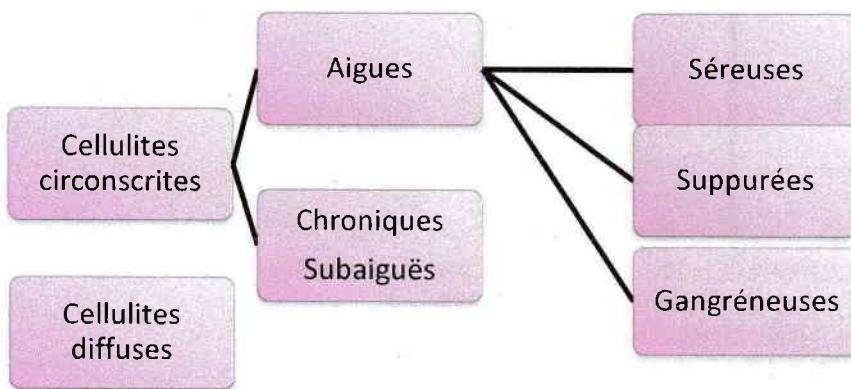
il s'agit d'une infection polymicrobienne.

Bactéries aérobies : streptocoques +++ (alpha ou beta hémolytiques) staphylocoques, corynèbactéries, neisseriae ...etc.

Bactéries anaérobies : ramibactérium, corynèbactéries, staphylococcus anaérobies, actinomycètes, fusobactérie ...etc.

IV / Etude clinique :

IV / A / Formes évolutives :



IV / A / 1 / Cellulites circonscrites :

IV / A / 1 / 1 / Cellulites circonscrites aigues :

IV / A / 1 / 1 / 1 / Cellulite circonscrite aigue séreuse :

Début : Douleur type desmodontite aigue, douleurs violentes spontanées, exacerbées par le contact de la dent antagoniste (dent « trop longue »).

Exobuccal : une tuméfaction qui efface les méplats et comble les sillons, fait corps avec l'os, la Peau en regard est tendue, lisse, rosée douloureuse avec augmentation de la chaleur locale, élastique et ne prend pas le godet.

Endobuccal : Le trismus est peu important à ce stade, la dent causale donne le tableau clinique, la muqueuse soulevée et rouge au voisinage d'une dent qui ne répond pas aux tests de vitalité, la percussion axiale serait très douloureusement ressentie

Anatomopathologie : vasodilatation avec diapédèse leucocytaire et phagocytose.



Cellulite circonscrite aigue séreuse

Radiologie : La recherche de la dent causale n'est pas toujours évidente d'où l'intérêt d'un bilan radiologique.



IV / A / 1 / 1 / 2 / Cellulite circonscrite aigue suppurée : C'est la complication de la cellulite séreuse, soit suite à un traitement mal conduit (praticien) ou négligence (patient).

Clinique :

- Les caractères généraux d'un abcès sont maintenant présents.
- Le patient qui dort peu, et qui s'alimente difficilement, pâle et fatigué.
- Douleurs intenses, lancinante continues, irradiantes.
- Fièvre, céphalée, courbatures.
- Tuméfaction douloureuse bien limitée fluctuante.
- Peau, rouge chaude et luisante avec sensation de battements.
- Tuméfaction limitée, fait corps avec l'os, les téguments prennent le godet (**Signe du godet positif**).
- Trismus*** (selon localisation).

Anatomopathologie : Abcès avec du pus, débris tissulaires et des germes actifs avec tissus de granulation.

IV / A / 1 / 1 / 3 / Cellulite circonscrite aigue gangrèneuse :

- Rare.
- Germes anaérobies ***.
- Signes généraux marqués.

- Signes de l'abcès chaud.
- Nécroses tissulaires importantes, circonscrites.
- Palpation : **crépitations gazeuses**.
- Fièvre, asthénie avec possibilité de septicémie.
- Fréquente chez les diabétiques.
- Pus brunâtre avec une odeur nauséabonde.



Cellulite circonscrite aigue gangreneuse

IV / A / 1 / 2 / Cellulites subaigües et chroniques

IV / A / 1 / 2 / 1 / Forme commune :

Etiologie : font suite à :

- Une cellulite mal traitée.
- Une antibiothérapie mal adaptée.
- Une insuffisance de drainage.
- Étiologie non supprimée.

Examen Exobuccal :

- Nodule cutané arrondi ou ovalaire.
- Téguments de recouvrement minces et violacés.
- Palpation indolore, consistance ferme, zones molles au centre adhérant à la peau, libre des tissus sous-jacents.



Cellulite subaigüe

Examen Endobuccal :

- Persistance de la dent causale.
- Palpation : cordon fibreux liant la dent et le nodule.

Signes Généraux : Pas de signes généraux.

Evolution :

- Se développe rarement.
- Fistulisation possible avec issue de pus.
- Se réchauffe à l'occasion d'un traitement.

NB / Le nodule est une enveloppe fibreuse, qui forme une barrière aux défenses de l'organisme et aux antibiotiques.

Diagnostique différentiel :

- Kyste sébacé.
- Adénite génienne.
- Furoncle (infection d'un follicule pilosébacé).
- Actinomycose.

IV / A / 1 / 2 / 2 / Cellulite chronique spécifique : Cellulite actinomycosique : (rare)

- ✓ Sujet jeune avec une mauvaise hygiène bucco-dentaire.
- ✓ Tuméfaction : siégeant au niveau de l'angle mandibulaire, ferme et douloureuse à la palpation, formée de **série de mamelons séparés par des sillons**.
- ✓ Après fistulisation et absence de traitement, s'écoule un liquide séro-hématique avec des **grains jaunes**.



Cellulite actinomycosique

VI / A / 2 / Cellulites diffuses :

Définition : C'est une inflammation aiguë du tissu cellulaire caractérisée par une diffusion extrême Sans aucune tendance à la limitation, compliquée par la nécrose étendue des tissus enflammés. (Phlegmon diffus gangreneux, fasciste nécrosante, cellulite maligne) avec **atteinte générale** (toxi-infection avec des signes grave), et **atteinte locale** : nécrose tissulaire.

On peut distinguer :

- Cellulite diffuse d'emblée.
- Cellulites diffusées : extension progressive.
 - ✓ Terrain immunodéprimé (sida, diabète).
 - ✓ Mancœuvres du patient.

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

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

Caractéristiques de la diffusion : Œdème important et nécrose extensive rapide et profonde avec Invasion des régions voisines (Endocrâne, gouttière carotidienne, région cervicale haute, médiastin), ainsi qu'une ulcération des vaisseaux.

Facteurs de la diffusion :

- Diagnostic tardif : les signes cliniques sont en retard (l'importance d'un scanner).
- Traitement médical :

1- antibiothérapie inefficace :

- Erreur de prescription (choix, posologie ...).
- Résistance de germe (virulence des germes...).

2- ANIS : seul (automédication).

- Affaiblissement de l'immunité.
- Aggravation de l'infection.

- Absence de traitement de l'étiologie.
- Absence de drainage de la collection circonscrite.
- Terrain : âge avancé, diabète, état de dénutrition, (terrain immunodéprimé).

Anatomopathologie :

- 1^{er} jour : On a une dilatation capillaire avec Exocytose et diapédèse leucocytaire ce qui entraîne un œdème rapide.
- 2^{ème} au 4^{ème} jours : Pus peu abondant, fétide sans aucune tendance à la limitation
- 5^{ème} au 6^{ème} jours Nécrose tissulaire étendu avec suppuration abondante et thrombose veineuse (thrombophlébite).

Clinique :

- **Signes généraux :**
 - ✓ Intenses témoignant d'une toxi-infection grave.
 - ✓ Etat général très altéré.
 - ✓ Visage pâle.
 - ✓ Gêne respiratoire avec respiration superficielle, tension artérielle basse.
 - ✓ Frisson suivie de sueur, fièvre.
 - ✓ Non concordance entre le pouls et la température (pouls rapide, température à 38.5).
 - ✓ Insomnie.
- **Signes locaux :** Diffusion rapide du processus infectieux à plusieurs loges celluleuses (Processus nécrotique marqué)
- **Signes secondaires :**
 - ✓ Diarrhée profuse.
 - ✓ Oligurie.

- ✓ Vomissements.
- ✓ Subictère.

Radio : Les signes cliniques sont en retard par rapport à la réalité anatomique d'où l'intérêt d'un examen tomodensitométrique.

Evolution : Asphyxie ... Hémorragie ... collapsus cardio-vasculaire... Septicémie ... abcès du poumon... Le pronostic est sombre ???

Formes Cliniques :

| DÉSIGNATION | DÉBUT | DIFFUSION |
|-----------------------------|------------------------|--------------------------|
| Angine de Ludwig | plancher buccal | région para-amygdalienne |
| Phlegmon de Patel et Clavel | région sous-maxillaire | région sus-hyoïdienne |
| Angine de Senator | pharynx | région sous-maxillaire |
| Phlegmon de Petit-Duvalis | région génienne | toute la face |

NB /

Signes locaux de gravité : En dehors des signes généraux graves témoignant d'une toxi-infection, il est crucial de dépister l'installation d'éventuels signes locaux de gravité, dont la constatation doit 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 déjà vers les creux sus-claviculaires et la fourchette sternale.



Diffusion de l'érythème

2 / Une tuméfaction sus-hyoïdienne latérale qui tend à progresser vers la région cervicale médiane, ou l'inverse.



Diffusion de la tuméfaction cervicale

3 / Une crépitation neigeuse au palper de la tuméfaction.

4 / Une tuméfaction du plancher buccal, qui n'est plus la collection limitée au niveau de la table interne de la mandibule et parfois déjà associée à un œdème lingual débutant.



Œdème du plancher buccal

Œdème orbitaire

5 / Une douleur oropharyngée très vive, qui gêne la déglutition salivaire, s'accompagnant d'un trismus serré.

6 / Une tuméfaction jugale qui ferme l'œil du patient.

IV / B / Formes topographiques :

Régions anatomiques faciales

- 1/ Région frontale
- 2/ Région temporaire
- 3/ Région malaire
- 4/ Région génienne
- 5/ Région massétérine



- 6/ Région temporomandibulaire
- 7/ Région parotidienne
- 8/ Région labiale supérieure
- 9/ Région labiale inférieure
- 10/ Région mentonnière
- 11/ Région sous-mentale
- 12/ Région sous-mandibulaire

IV / B / 1 Cellulites périmandibulaires :

IV / B / 1 / 1 / Cellulites de la région labiomentonnierre :

La collection se développe du côté de la table externe où elle contourne les insertions des muscles carré et houppé du menton.

Au-dessus, elle est superficielle, vestibulaire, donnant un aspect de grosse lèvre.

Au-dessous, elle est profonde et se développe dans L'éminence mentonnière, voir la région sous-mentale.

L'étiologie de la mortification incisive due à un traumatisme oublié est classique.



Cellulite labiale inférieure / Cellulite mentonnière

IV / B / 1 / 2 / Cellulite vestibulaire inférieur :

Endobuccal : Un simple soulèvement de la muqueuse vestibulaire en regard de la dent causale et des dents voisines, parfois, elle accompagne une cellulite de voisinage : cellulite de la lèvre inférieure ou du menton, cellulite génienne basse.

En arrière on a une forme particulière l'abcès migrateur buccinatomandibulaire de Chompret et l'Hirondel.



Cellulite vestibulaire inférieur

IV / B / 1 / 3 / Cellulite Génienne basse :

Une Tuméfaction de la joue en arrière de la commissure labiale, qui atteint le rebord basilaire de la mandibule sans le dépasser. Prémolaire et molaire sont souvent responsables.



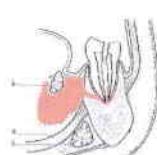
Cellulite vestibulogénienne basse

1. Muqueuse vestibulaire ; 2. Muscle buccinateur

IV / B / 1 / 4 / Cellulites du plancher buccal :

➤ Cellulite sus-mylohyoïdienne / cellulite sublinguale :

Tuméfaction rouge et douloureuse, plaquée le long de la table interne, repoussant la langue du côté opposé, avec trouble de la parole et de la déglutition.



Cellulite sus - mylohyoïdienne

a. Muscle mylohyoïdien / b. glande sublinguale / c. glande sous-maxillaire

➤ Cellulite sous- mylohyoïdienne / Cellulite sous mandibulaire :

Tuméfaction adhérente au bord basilaire et interne, en rapport avec les molaires responsables, la région sublinguale est œdématée (joue épargnée). Trismus toujours présent.

IV / B / 1 / 5 / Abcès buccinatomaxillaire de Chompret - L'Hirondel :

C'est le classique « abcès migrateur », en rapport avec une péricoronarite de la DDS inférieure La collection évolue entre : en bas, le buccinateur et ses insertions sur le rempart alvéolaire des trois dernières molaires, et en haut la muqueuse vestibulaire qu'il soulève.

Au bout de quelque temps se développe une tuméfaction génienne appliquée sur la partie moyenne de la face externe de la mandibule, alors que les régions mentonnières et angulaires sont libres.

Fait particulier : la pression de la collection externe qui permettrait de voir sourdre du pus dans la région de la DDS inférieure est caractéristique.

IV / B / 1 / 6 / Cellulite massétérine :

Le plus souvent en rapport avec l'infection apicale d'une dent de sagesse horizontale Infection qui après atteinte de la table externe de la branche montante ensemence l'espace virtuel situé entre l'os et le masséter. Les douleurs sont importantes et le trismus particulièrement intense.

Le danger est la diffusion de la collection vers les espaces infratemporaux et vers la face interne de la mandibule via l'échancrure sigmoïde.

La séquelle classique de ce type d'abcès est la constriction permanente due à l'involution fibreuse des masses musculaires régionales.

IV / B / 1 / 7/ Cellulite ptérygomandibulaire d'Escat

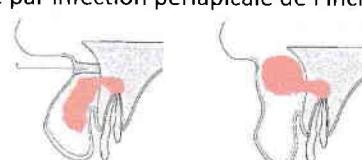
Intéresse l'espace situé entre le ptérygoïdien interne et la branche montante de la mandibule Habituellement en rapport avec l'infection apicale d'une DDS horizontale ou bien d'un kyste infecté Les douleurs et le trismus sont particulièrement marqués.

Elle peut évoluer vers la commissure maxillomandibulaire et la région para-amygdalienne ou bien, en haut vers la région temporaire.

IV / B / 2 / Cellulites périmaxillaires :

IV / B / 2 / 1 / Cellulites de la région nasolabiale :

C'est le **muscle myrtiforme** qui guide le trajet de l'infection, soit au-dessous de lui : Cellulite labiale supérieure, soit au-dessus : Cellulite sous narinaire par infection périapicale de l'incisive centrale.

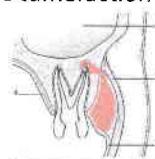


Cellulite labiale supérieure / Cellulite sous-narinaire

IV / B / 2 / 2 / Cellulite vestibulaire supérieure :

Plus fréquente dans le secteur postérieur en rapport avec une racine vestibulaire courtes.

Diffusion sous les insertions du buccinateur, avec tuméfaction en regard de la dent causale.

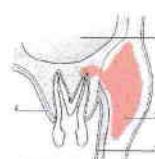


Cellulite vestibulaire supérieure

1. Sinus maxillaire / 2. Muscle buccinateur / 3. Muqueuse / 4. Fibromuqueuse palatine

IV / B / 2 / 3 / Cellulite nasogénienne et génienne haute :

La première, qui est en rapport avec une infection périapicale de la canine, s'accompagne d'un œdème de la paupière inférieure, la seconde est en rapport le plus souvent avec une prémolaire, parfois une molaire.

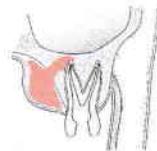


Cellulite nasogénienne et génienne haute

IV / B / 2 / 4 / Abcès palatin / Abcès sous périostés :

Ces collections se développent dans des zones où la muqueuse buccale adhère au périoste sans couche de tissu cellulaire intermédiaire : cette disposition existe au niveau palatin, et au niveau de la fibromuqueuse gingivale attachée. L'infection entraîne d'emblée une collection purulente entre l'os et la fibromuqueuse.

Abcès en rapport avec une infection périapicale sur l'incisive latérale ou les apex palatins de la première prémolaires et de la première molaire.

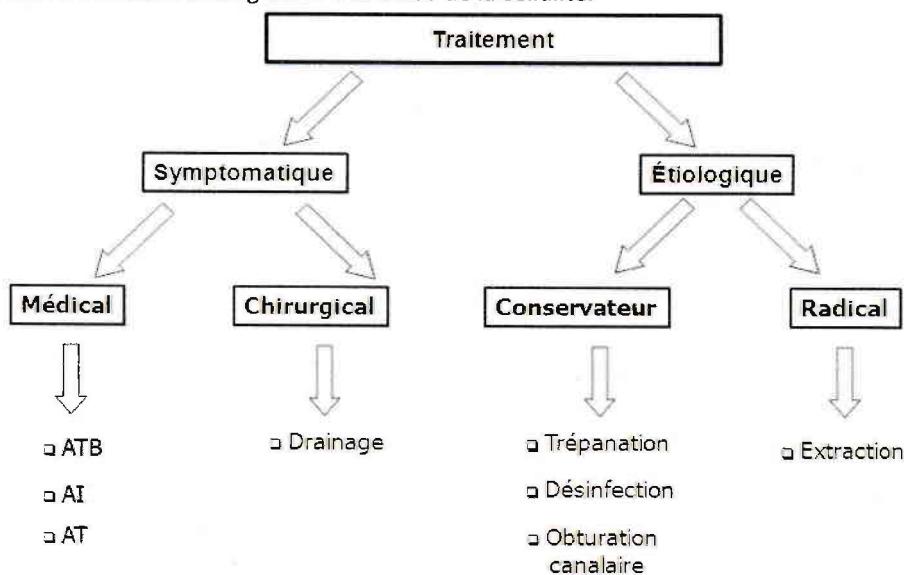


Abcès sous périostés

NB / Les parulies sont des petits abcès, surtout rencontrés chez l'enfant, provoqués par l'infection apicale des dents temporaires, qui se fistulisent rapidement, puis se reforment en l'absence de traitement, ou se pérennissent sous forme d'une fistule gingivale chronique.

Un tel tableau peut se rencontrer également chez l'adulte dans l'évolution de poches parodontales profondes, ou des dents rhizalysées.

V / Traitement : Il s'adresse aux signes et à la cause de la cellulite.



V / A / Moyens médicaux

➤ Antibiotiques :

Principe :

- ✓ Ne pas substituer un antibiotique à une chirurgie appropriée (Drainage externe et/ou par voie canalaire ou extraction).
 - ✓ Choisir l'antibiotique de rapport bénéfice \ risque le plus favorable.
 - ✓ Prescrire une posologie adéquate (à dose et durée suffisante).
 - ✓ Choisir l'antibiotique avec le moins d'effets indésirables possibles.
 - ✓ Choisir le médicament le moins cher, à efficacité égale.
- **Sans antibiogramme** : c'est une antibiothérapie probabiliste orientée par le contexte clinique, et théorique (Germes aérobies et anaérobies).

- **Avec antibiogramme** : Choix guidé (après études cytobactériologiques et antibiogramme).

Quels antibiotiques prescrire ?

- Famille des bêta-lactamines : Antibiotique à large spectre : **Amoxicilline**.
- Famille des macrolides : en cas d'allergie aux bêta-lactamines : **Spiramycine, Erythromycine**.
- Association d'antibiotiques : est souvent utilisée en deuxième intention, Béta-lactamine + métronidazole (Amoxicilline + Flagyl), Macrolide + métronidazole (spiramycine + Flagyl), Amoxicilline + Acide clavulanique.

Surveillance du traitement antibiotique : Toute prescription antibiotique implique obligatoirement une réévaluation de l'effet thérapeutique, dans les **48 à 72 heures** au maximum.

➤ Antalgiques : Médication de réconfort, le paracétamol peut être utilisé seul ou associé à la codéine (Codoliprane®, Efferalgan codéiné®) ; l'efficacité de cette association est supérieure à celle du

paracétamol, mais il peut survenir des effets secondaires de type nausée en relation avec la dose administrée.

- **Anti-inflammatoires :** L'utilisation des anti-inflammatoires dans les processus infectieux est de plus en plus controversée car l'action symptomatique des AINS sur les signes cardinaux de l'inflammation peut masquer l'infection et favoriser son extension. Lorsque l'inflammation engendre un risque vital (médiastinite avec risque d'asphyxie) ou lorsqu'elle gène la réalisation du traitement étiologique (trismus par exemple), il faudra préférer les Anti-inflammatoires Stéroïdiens en cure courte, car ils présentent moins d'effets adverses que les AINS sous surveillance médicale.

V / B / Drainage : Il permet de :

- Évacuation du pus et des sérosités ce qui entraîne un soulagement.
- Suppression des conditions d'anaérobiose.
- Élimination du pus, des tissus nécrosés.
- Lavage in-situ.
- Prélèvement : pour étude cytobactériologique et Antibiogramme.

Etapes du drainage :

- Désinfection locale.
- Anesthésie locale.
- Ponction et prélèvement.
- Incision au point le plus déclive.
- Mise à plat et débridement.
- Curetage.
- Lavage.
- Pose du drain.
- Pansement.

Siège de l'incision :

- ✓ L'incision se fait soit à la partie déclive de la tuméfaction (siège d'élection), soit à l'endroit où la collection purulente est la plus superficielle par rapport à la peau ou à la muqueuse (Avantage esthétique).
- ✓ Abcès sublingual, incision est effectuée le long de la table interne pour éviter toute lésion du nerf lingual ou du canal de Wharton.
- ✓ Abcès sous mandibulaire incision de la peau faite parallèlement au bord basilaire, à une petite distance de lui, pour respecter le rameau mentonnier du facial.
- ✓ Abcès massétérin et un abcès d'Escat, incision verticale faite au bord antérieur de la branche montante. Ensuite, dans le premier cas on suit la table externe, dans le second cas la table interne (pour éviter le nerf lingual).

VI / Indications Thérapeutiques :

VI / 1 / Conduite à tenir devant une cellulite aigue séreuse :

L'antibiothérapie est de règle. Les antalgiques sont prescrits au cas par cas.

Le traitement étiologique sera effectué dès que possible.

Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens, y compris l'aspirine, ne doivent pas être prescrits en première intention au cours des infections bucco-dentaires.

VI / 2 / Conduite à tenir devant une cellulite aigue suppurée : le drainage au point le plus déclive de la collection doit toujours être réalisé. Il présente l'intérêt de lever les conditions d'anaérobiose et souvent de soulager le malade et de permettre le prélèvement de pus à des fins d'analyse. Une antibiothérapie probabiliste, aux doses curatives sera prescrite et réajustée éventuellement après les résultats de l'antibiogramme, ou lors de la réévaluation du traitement. Le traitement étiologique doit être effectué dès que les conditions locales permettent l'anesthésie (levée du trismus, amélioration locale et/ou générale...).

Délais de l'extraction :

1 – Sans délais : en même temps que l'incision (extraction à chaud) :

➤ **Inconvénients :**

- Anesthésie locorégionale parfois difficile (trismus).
- Anesthésie moins efficace.
- Risque de diffusion de l'infection : inoculation iatrogène.
- Etat général souvent altéré.
- Malade sans couverture ATB.

➤ **Avantages :**

- Drainage immédiat : Voie alvéolaire et / ou cutanée ou muqueuse.
- Evite le passage à d'autres stades.
- Régression des signes inflammatoires.

2 - Si extraction immédiate impossible :

- Drainer dans un 1 er temps.
- Procéder ensuite à l'extraction (**Extraction à froid**).

➤ **Avantages :**

- Infection refroidie.
- Anesthésie normale.
- Meilleure coopération du patient.

➤ **Inconvénients :**

- Risque de perdre de vue le patient (négligence, phobie).
- Passage à la chronicité ou à la diffusion ???

VI / 3 / Conduite à tenir devant une cellulite aigue gangreneuse :

- En milieu hospitalier de préférence.
- Antibiothérapie intensive et prolongée.
- Corticothérapie.
- Avulsion de la dent causale (urgence).
- Drainage et lavage.
- Oxygénothérapie hyper bar + Anticoagulant.

VI / 4 / Conduite à tenir devant une cellulite subaigüe et chronique :

- Traitement du foyer étiologique : Extraction / Curetage.
- Drainage à la demande.
- Pas d'antibiothérapie systématique ; privilégier le traitement étiologique.

VI / 5 / Traitement de la fistule :

- Traitement du foyer étiologique : Extraction ou conservation.
- Chirurgie plastique pour la fistule cutanée si nécessaire.

VI / 6 / Traitement de la cellulite diffuse :

- En milieu hospitalier.
- Moyens médicaux : Antibiothérapie massive + corticothérapie.
- Moyens chirurgicaux : Extraction = en urgence + drainage et débridement large (sous AG).
- Réanimation intensive.
- Prise en charge pluridisciplinaire.

VII / Recommandations :

- Rechercher et traiter la cause dentaire.
- Proscrire les manœuvres locales : Compresses chaudes, alcoolisées et autres ingrédients.
- Drainage de la collection : Le plutôt possible et par la meilleure voie.
- Antibiothérapie raisonnée.
- Anti-inflammatoires : Jamais seuls, problème d'immunité.

Ce qu'il faut éviter :

- ✓ Au stade de cellulite non suppurée se contenter de mettre le malade sous traitement général par les ATB (pour une longue durée).
- ✓ Au stade d'abcès collecté, pratiquer l'incision de la collection et négliger d'instituer le traitement de la dent causale.
- ✓ Mettre sous ATB un malade sans effectuer le drainage.

VIII / Conclusion :

Les foyers infectieux bucco-dentaires sont responsables de multiples complications.

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

Devant la variété et la gravité de ses complications locorégionales voir générales des foyers infectieux bucco-dentaires, la prévention est essentielle.

La bonne hygiène bucco-dentaire enseignée puis appliquée par les patients demeure cependant la pierre angulaire de la prévention.