

# *Les Facteurs Pronostiques D'une Cellulite Cervico-Faciale D'origine Oropharyngée*

## *[Prognostic Factors For Cervicofacial Cellulitis Of Oropharyngeal Origin]*

Andriamampionona Ginnot B<sup>1</sup>, Rabarijaona Andotiana D<sup>1</sup>, Andriatsizakaina Omega H<sup>1</sup>, Randrianandraina MP<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Centre Hospitalier Universitaire, Andohatpenaka, Antananarivo, Madagascar.

<sup>2</sup>Centre Hospitalier Universitaire, Toamasina, Madagascar

Auteur correspondant : Andriamampionona Ginnot Berthin,

**Adresse** : Service ORL-CCF, Centre Hospitalier Universitaire d'Andohatpenaka Antananarivo  
Madagascar

andriamampiononaginnotorl@gmail.com

Tel : +26134 68 967 39



**Résumé** – Une cellulite cervico-faciale d'origine oropharyngée est une infection polymicrobienne relativement fréquente en consultation ORL. Dans la plupart du temps, l'évolution de cette maladie est favorable sous traitement rapidement instauré. Par ailleurs, différents facteurs déterminants interagissent sur les pronostics de cette affection.

**Patients et méthode** : Etude rétrospective descriptive bicentrique sur une période de 4 ans. Ont été inclus, tous les patients hospitalisés et traités pour cellulite cervico-faciale d'origine oropharyngée. Les patients traités en ambulatoires ainsi que les cellulites cervico-faciales d'origine non oropharyngée sont écartés. Notre objectif était de rapporter les facteurs pronostiques d'une cellulite cervico-faciale d'origine oro-pharyngée.

**Résultats** : Nous avons colligé 150 patients dont l'âge moyen était de 16.67 ans. La tranche d'âge la plus représentée se situe entre 20 à 29 ans. Une légère prédominance du genre masculin était observée. Le niveau socio-économique faible, la prise des anti-inflammatoires non stéroïdiens, la mauvaise hygiène bucco-dentaire constitue les facteurs favorisants fréquemment rencontrés. La porte d'entrée est dentaire dans 62 % des cas et tonsillaire dans 28 % des cas. La gravité d'une cellulite cervico-faciale d'origine oropharyngée est la survenue d'une médiastinite dont les facteurs des mauvais pronostics sont les diabètes, la grossesse, le passage en milieu de réanimation, la présence d'un trismus, d'une dyspnée, d'une dysphonie et d'une altération de l'état général.

**Conclusion** : Les cellulites cervico-faciales d'origine oropharyngée grave sont rares, mais redoutables. Cette affection pose un réel problème de prise en charge thérapeutique. L'analyse des facteurs favorisants et les facteurs pronostiques peuvent limiter une évolution défavorable.

**Mots clés** – Angine, cellulite, cervico-faciale, pronostics, oropharynx

**Abstract** – Cervicofacial cellulitis of oropharyngeal origin is a polymicrobial infection relatively common in otorhinolaryngology consultation and maxillofacial surgery. In most cases, the classical evolution of this disease is favorable under rapidly established treatment. In addition, different determinants interact on the prognosis of this condition.

**Patients and method**: We conducted a two-way descriptive retrospective study over a 4-year period. Included, all patients hospitalized and treated for cervicofacial cellulitis of oropharyngeal origin in both hospitals. Patients treated as outpatients as well as cervical-facial

cellulitis of non-oropharyngeal origin are excluded in our research. Our objective was to report the prognostic factors of cervicofacial cellulitis in order to adjust the vigilance of health care workers.

**Results:** We collected 150 patients with an average age of 16.67 years. The most represented age range is between 20 and 29 years. A slight predominance of the male gender was observed. The low socio-economic level, the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs, poor oral hygiene are common factors. A cellulitis of dental origin represents 62 % of cases and tonsillar in 28% of cases. The severity of cervicofacial cellulitis of oropharyngeal origin is the occurrence of a mediastinitis whose factors of poor prognosis are diabetes, pregnancy, the passage in medium of resuscitation, the presence of a trismus, dyspnea, dysphonia and impairment of the general state.

**Conclusion:** Cervicofacial cellulitis of severe oropharyngeal origin is rare but fearsome. This disease posing a real problem of therapeutic management. Analysis of favouring factors and prognostic factors may limit adverse developments

**Keywords –** Angina, cellulitis, cervico-facial, prognoses, oropharynx.

## I. INTRODUCTION

La cellulite cervico-faciale se définit comme une infection de l'espace cellulo-adipeux de la face et du cou à partir d'une inoculation septique loco-régionale (1). C'est une urgence médico-chirurgicale par ses potentialités extensives pouvant être graves engageant le pronostic vital (2). La mortalité peut être réduite en connaissant les facteurs pouvant interagir sur l'évolution de cette affection également la précocité du diagnostic et prise en charge adaptée (3). L'objectif de notre recherche était de rapporter les facteurs pronostiques des cellulites cervico-faciales pour ajuster la vigilance des personnels soignants afin d'éviter le risque élevé de mortalité.

## II. PATIENTS ET METHODE

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive et bicentrique (CHU d'Andohatapenaka Antananarivo Madagascar et CHU JDR Antananarivo Madagascar) sur une période de 4 ans, allant du janvier 2017 au décembre 2020. Ont été inclus dans cette recherche, tous les patients hospitalisés et traités pour cellulite cervico-faciale d'origine oropharyngée. Non retenu, les patients qui ont bénéficié des traitements ambulatoires. Les paramètres étudiés ont été : les données épidémiologiques, le profil clinique, le bilan paraclinique et thérapeutique.

## III. RESULTATS

Nous avons colligé 150 patients dont la tranche d'âge le plus représenté se situe entre 20 à 29 ans pour une moyenne de 16, 67 ans. Une légère prédominance du genre masculin a été constaté avec un sexe-ratio à 1,14. Le niveau socio-économique de nos patients était bas dans la majorité des cas avec une proportion de 62 % des cas. Nous avons noté quelques facteurs prédisposant à la survenue d'une cellulite cervico-faciale ; comme la carie dentaire, l'ethylo-tabagisme et la prise des anti-inflammatoires (tableau 1, 2). La porte d'entrée des cellulites cervico-faciales était essentiellement dentaire (figure 1). Dans 56 % des cas, les patients venaient en consultation après une semaine d'évolution des symptomatologies. Les données cliniques comportaient de tuméfaction inflammatoire, dysphagie,odynophagie et parfois d'une dyspnée (tableau 3). L'état général de nos patients était conservé dans 56,66 % des cas et altéré dans 43,33 % des cas. Au cours d'une cellulite cervico-faciale, l'examen oro-pharyngé retrouvait des mauvais états bucco-dentaire (78,66 %) et une trismus (72 %). Parmi les patients qui avaient bénéficié des imageries, nous avons recensé 8,66 % des cas de médiastinite. Dans tous le cas, la cellulite cervico-faciale nécessitait l'administration à temps des antibiotiques probabilistes : une association metronidazole-penicilline (52 %) ou metronidazole-cephalosporine de 3<sup>e</sup> génération (27 %) sont les molécules de choix. Une incision drainage sous anesthésie locale était privilégié chez 28 % de nos patients et un acte sous anesthésie générale effectuait chez 2 % des cas (tableau 4). Durant notre étude, une évolution favorable était marquée dans 81,33 % des cas et 4 % des cas de décès (figure 2).

## IV. DISCUSSION

Durant notre recherche, nous avons constaté que les cellulites cervico-faciales touchent électivement les sujets jeunes. Même constatation était rapportée par la plupart des auteurs de la littérature (2, 4). Nous avons conclu que la jeunesse appartient aux facteurs de risque des cellulites cervico-faciales d'origine oro-pharyngée du fait de la survenue fréquente des accidents d'évolution de dent de sagesse (4). Dans notre série, une prédominance du genre masculin était marquée. Une version comparable était mentionnée par Rakotoarison et Benzarti (3, 5). Cette inégalité de répartition selon le genre pouvant être en rapport avec

l'immunité très active pour la femme, également l'état bucco-dentaire souvent incorrecte pour le genre masculin à cause du tabac (5, 6). Le sujet dans le couche de niveau socio-économique à faible revenu était souvent le plus concerné par les cellulites cervico-faciales d'origine oropharyngée. Une constatations similaire était rapporté par la plupart des auteurs (7). La facilité d'accès à l'automédication inadaptée et la négligence des soins pour ce genre de population pouvant être incriminée dans cette situation. Dans les antécédents, les patients présentaient une cellulite cervico-faciale possède également des dents cariées. Selon certains auteurs, la carie dentaire fait partie des facteurs déterminants d'une cellulite cervico-faciale (7, 8). A noter que ces types de lésion dentaire constitue une véritable porte d'entre microbienne. Dans cette présente étude, les sujets diabétiques développaient facilement les cellulites cervico-faciales. La plupart des auteurs précisait la même constatation (9,10). Le diabète affaibli la défense immunitaire d'où l'installation facile et possibilité d'aggravation des infections (9,11,12). Dans notre travail, nous avons noté quelque cas des cellulites cervico-faciales chez les femmes enceintes dont l'évolutions étaient faiblement satisfaisante. Nos résultats rejoignent une étude de Dombia au Mali (13). Physiologiquement, l'homéostasie de la femme sont tous modifié au cours de la grossesse y compris une baisse de l'immunité naturelle ; autre soucie également sur le choix des antibiotiques à utiliser vis-à-vis du risque de foetotoxicité (14). Les complications d'une cellulite cervico-faciale étaient notables chez les patients éthylo-tabagique. Des résultats comparables étaient mentionnés par la littérature (15). D'après différente recherche, l'éthylo-tabagisme diminuait la réponse immunitaire humorale et cellulaire, d'où la possibilité d'aggravation des infections (15). La prise des anti-inflammatoires était remarquable au décours d'une cellulite cervico-faciale et nous avons constaté que ces molécules étaient incriminées dans l'évolution défavorable de cette maladie. Certains auteurs affirmaient que les anti-inflammatoires sont de facteurs déterminants d'une cellulite cervico-faciale et ses complications (16). Le délai moyen d'évolution des cellulites cervico-faciales avant la consultation était de 9 jours dans notre série. Ce résultat se rapprochait de celui de Htiti avec un délai moyen aux alentours de 8,8 jours (17). Comme toute pathologie médico-chirurgicale ; tous retards de prise en charge rentre dans le cadre d'un pronostic inquiétant.

Parmi les signes cliniques d'une cellulite cervico-faciale, nous avons remarqué que la présence d'une dyspnée est une situation catastrophique. Selon la littérature, toute difficulté respiratoire au cours d'une cellulite cervico-faciale constitue un signe d'alarme de mauvais pronostic. Ce signe clinique témoigne déjà l'envahissement infectieux des structures endothoracique (17-19). L'existence d'un trismus au cours des cellulites cervico-faciales était également un signe à pronostic sombre. Un résultat similaire était marqué par l'équipe de Htiti (17). La limitation de l'ouverture buccale perturbe l'alimentation correcte et rendant difficile l'extraction des dents causales. En outre, nous avons constaté que l'altération de l'état général au cours des cellulites cervico-faciales est une situation inquiétante. Cette constatation rejoint les versions de différents auteurs (19, 20). Une altération de l'état général témoigne un retard de la prise en charge ou d'un stade très avancé de la maladie. Dans notre série, une bi-antibiothérapie associant la pénicilline avec la metronidazole était privilégié à titre probabiliste au cours des cellulites cervico-faciales. Même protocole thérapeutique était adopté dans la littérature (3). Nous avons conclu que toute amélioration clinico-fonctionnelle après administration des traitements probabiliste rentre dans le cadre d'un pronostic favorable. Les moyens chirurgicaux sont indispensables dans la prise en charge des cellulites cervico-faciales d'origine oro-pharyngée. La grande majorité de nos patients ont bénéficié d'une incision drainage sous anesthésie locale. Un résultat comparable était marqué dans la littérature (19). Une cellulite cervico-faciale accessible suffisamment à l'incision drainage sous anesthésie locale est une situation favorable.

Dans cette présente étude, l'évolution des cellulites cervico-faciales était favorable, par ailleurs nous avons constaté quelques cas de décès. Les auteurs dévoilent des chiffres comparable (17). Selon la littérature, des éléments péjoratifs sont retrouvés à savoir la défaillance immunitaire sur diabète et le retard de la prise en charge (17). Et nous avons constaté que sur ces facteurs s'ajoutent : l'échec des traitements probabiliste, l'inaccessibilité des cellulites sous anesthésie locale, la présence d'une dyspnée, la grossesse et la prise des anti-inflammatoires

### V. CONCLUSION

Les cellulites cervico-faciales d'origine oropharyngées sont des affections relativement fréquente, pouvant être grave compromettant le pronostiques vital. La connaissance des facteurs pronostiques est nécessaire afin de prévenir d'abord puis d'éviter le risque élevé de mortalité. Par ailleurs, la découverte des facteurs pronostiques nous permet d'ajuster la vigilance des personnels soignants vis-à-vis de la prise en charge.

### CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

**CONFLITS D'INTÉRÊTS**

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

**REFERENCES**

- [1]. Chammakhi-jemli C, Radhouani I, Ghamra O, Zouaoui W, Mzabi H. Cellulites cervico-faciales : intérêt du scanner. Thameur Tunisie. 2004.
- [2]. Kpemissi E. Cellulites cervico-faciales d'origine bucco-dentaire: étude de 26 cas au CHU de Lomé. Rev Laryngol Otol Rhinol. 1995 ; 116(3) : 195-7.
- [3]. Rakotoarison R, Ramarozatovo N, Rakoto F, Rakotovao F. Cellulites cervico-faciales : à propos de 41 cas. Med Buc Chir Buc. 2008; 14 : 35.
- [4]. Ayoubi EL, Ayoubi FE, Emmanuel M, Guertite A, Boulaïch M, Essakalli L et al. Diffuse cervico-facial cellulitis of dental origin: about a 60 case study. Med Bucc Chir Bucc. Maroc ; 2009 ; 15 : 127-35
- [5]. Benzarti S, Mardassi A, Mhamed R, Hachicha A, Brahem H, Akkari K et al. Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire: à propos de 150 cas. J Tunis ORL Chir Cervico-fac. 2007 ; 19.
- [6]. Hounkpe YY, Oussa GB, Vodouhe SJ, Babagbeto MJ, Medji AL, Bassabi SK. (1990). 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) : 29-34.
- [7]. Bissa H, Salou M, Pegbessou EP, Amana B, Dossim S, Tigossou S et al. Aspects épidémiologiques et bactériologiques des cellulites cervico-faciales au CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Rev Afr ORL Chir Cervico-fac. 2014; 14(1) : 2-3.
- [8]. Zaleckas L, Rasteniene R, Rimkuviene J, Seselgyte R. Retrospective analysis of cellulitis of the floor of the mouth. Stomato Baltic Dental Maxillofac J. 2010; 12: 23-7.
- [9]. Leyva P, Herrero M, Eslava JM, Acero J. Cervical necrotizing fasciitis and diabetic ketoacidosis: literature review and case report. J Oral Maxillofac Surg. 2013; 42(12): 1592-5
- [10]. Zaghré N, Gyébré YMC, Gouéta A, Bakyono E, Ouattara M, Ouoba K. Les cellulites cervico-faciales à propos de 127 cas: aspects diagnostiques et thérapeutiques. Revue Africaine de Chirurgie et Spécialités. 2016; 10(1): 5-11.
- [11]. Taddrarate Z, El M'ghari G, El Ansari N Cellulites cervico-faciales chez le diabétique : A propos de 36 cas Société française de dermatologie 2012 : 86
- [12]. Bensadallah R, Azzouz M, Hafiz S La cellulite dentaire chez le diabétique : complication redoutable Société française de dermatologie 2013 : 116
- [13]. Doumbia-Singare K, Timbo SK, Keita M, Mohamed AA, Guindo B, Soumaoro S. Cellulite cervico-faciale au cours de la grossesse. A propos d'une série de 10 cas au Mali. Bull Soc Pathol Exot. 2014 ; 107 ; 5 : 312-6.
- [14]. Boutigny H, Boschin F, Delcourt-Debruyne E. Maladies parodontales, tabac et grossesse. J Gynécol Obstét Biol Reprod. 2005 ; 34 : 74-83.
- [15]. Szabo G, Mandrekar P. A recent perspective on alcohol, immunity, and host defense. Alcohol Clin Exp Res. 2009; 33(2): 220-32
- [16]. Nicota R, Hippyb C, Hochartb C, Wissa A, Brygoa A, Gautiera S, et al. Do anti inflammatory drugs worsen odontogenic cervico-facial cellulitis? Rev Stomatol Chir .Maxillofac Chir Orale 2014 ; 115 : 31-36
- [17]. Htiti A, Hemmaoui B, Kasouati J, Dimou M, Belyaman L, Kzadri M. Facteurs prédictifs de gravité des cellulites cervico-faciales diffuses d'origine dentaire : à propos de 78 cas. J Tunis ORL Chir Cervico-fac. 2013 ; 29(1) : 31-5
- [18]. Tofotranjara A, Rakotondrainibe A, Randriamizao HMR, Razafindrakoto LDE, Rajaonera AT. L'expansion facio-cervico-thoracique de la cellulite odontogène à Antananarivo, Madagascar : un bilan lourd. Rev Anesth Reanim Med Urg. 2016 ; 8(2) : 17-9

- [19]. Miloundja J, Assini-Eyogho SF, Mandji-Lawson JM, Ondounda M, Koumba JS, Lekassa P, et al. Cellulites cervico-faciales diffuses : 32 cas vus à Libreville. Sante. 2011 ; 21 : 153-7. DOI : 10.1684/san.2011.0256
- [20]. Rouadi S, Ouaiissi L, EL Khiati R. Cervicofacial cellulitis: about 130 cases. Pan Afr Med J. 5 mars 2013; 14: 88.

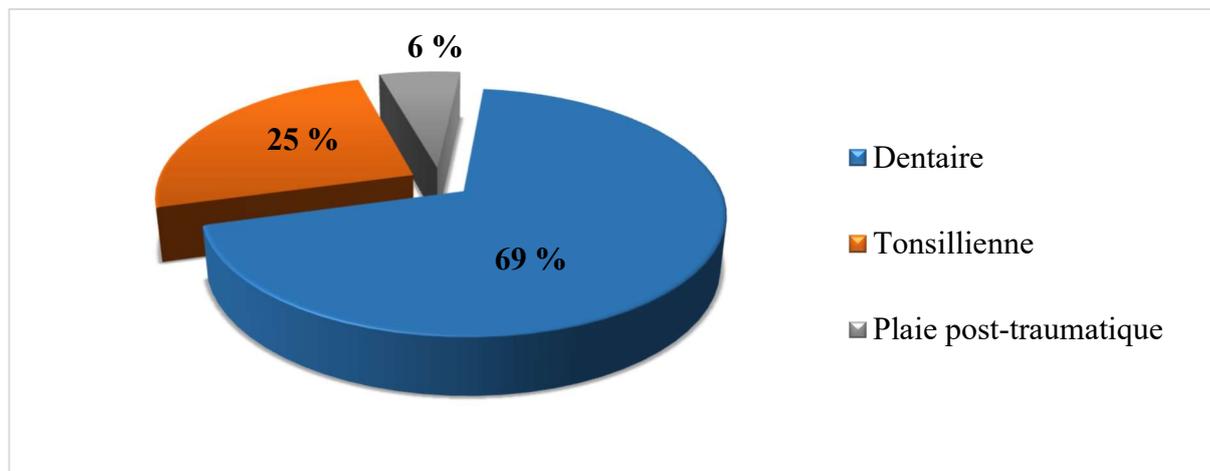
**Tableau 1**

Antécédents	Nombre des cas (n)	Pourcentage (%)
Carie dentaire	33	22,00
Tabac	31	20,67
Alcool	28	18,67
Hypertension artérielle	14	9,33
Angine à répétition	9	6,00
Cellulite cervico-faciale	9	6,00
Diabète	9	6,00

**Tableau 2**

Traitements antérieurs	Nombre des cas (n)	Pourcentage (%)
Aucun	22	14,67
Anti-inflammatoires stéroïdiens non	31	20,67
Anti-inflammatoires stéroïdiens + antibiotiques non	59	39,33
Antibiotique	29	19,33
Corticoïde	9	6,00

**Figure 1**



**Tableau 3**

Données cliniques	Nombre des cas (n)	Pourcentage (%)
Rage dentaire	78	52,00
Dysphagie	75	50,00
Odynophagie	38	25,33
Suppuration endo-buccale	31	20,67
Dyspnée	14	9,33
Dysphonie	10	6,67
Suppuration exo-buccale	8	5,33
Otalgie reflexe	6	4,00
Torticolis	1	0,67

**Tableau 4**

Geste à l'arrivé	Nombre des cas (n)	Pourcentage (%)
Incision drainage sous anesthésie locale	42	28,00
Incision drainage sous anesthésie générale	4	2,66
Incision drainage avec extraction dentaire	6	4,00
Trachéotomie expéditive	1	0,66

**Figure 2**

