



Article original

Parcours thérapeutiques, facteurs de risque et survie des patients atteints de cellulite cervico-faciale diffuse d'origine dentaire dans un hôpital en Afrique subsaharienne

Therapeutic pathways, risk factors, and survival of patients with diffuse cervicofacial cellulitis of dental origin in a hospital in sub-Saharan Africa

L Mouangue-Mbonjo*^{1,2}, ND Mbango-Ekouta², R Ekambi Kotto², JT Elong³,
RM Mouangue⁴, ON Ngaba Mambo Pouka³

Résumé

Objectif : Les itinéraires diagnostiques et thérapeutiques des patients atteints de cellulite cervico-faciale diffuse odontogène sont multiples et se terminent trop souvent par un décès. Le but de ce travail est d'identifier les recours thérapeutiques, les facteurs de risques et d'analyser la survie de ces patients à Yaoundé.

Méthodologie : étude rétrospective entre 2013 et 2023 chez 300 patients hospitalisés pour cellulite cervico-faciale diffuse d'origine dentaire au service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-maxillo-faciale de l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY).

Résultats : Nous avons relevé une prédominance masculine (65,3 %), avec un âge moyen de 34,8 ans. Les centres de santé représentaient les premiers lieux de recours aux soins par les patients (80,7 %), suivis des formations sanitaires (FOSA) de catégorie 1 et

2 (9,7 %) puis des cabinets dentaires (7,3 %) et du centre national de l'obésité (CNO) dans 2,3 % des cas. A l'HCY, la majorité des cas, soit 53,7 %, étaient de consultants du service d'oto-rhino-laryngologie. La durée médiane d'hospitalisation est de 8 [IIQ = 5-10] jours. Les décès sont survenus chez (32/300), soit 10,6 % des patients admis. La durée moyenne de survie était de 41,8 [40,2-23,2] jours. Concernant le taux de survie à 14 jours, il était de 89,3 %. En analyse univariée et bivariée, les facteurs de mauvais pronostiques étaient : âge > 60 ans ($p = 0,002$), localisation cervico-thoracique ($p < 0,001$), mode d'incision large étagée (OR : 7,65 [3,52-16,64] ; $p < 0,001$), sérologie HIV positive ($p < 0,009$), état général altéré ($p < 0,0001$), lésions diffuses ($p < 0,001$), triple antibiothérapie (OR : 8,38 [3,13-22,45]; $p < 0,001$), complications à type de dyspnée, anémie sévère, sepsis ($p < 0,005$). En analyse multivariée,

le facteur de mauvais pronostique retrouvé était la localisation cervico-thoracique (ORa : 5,45 [1,47-20,16]; p = 0,11).

Conclusion : l'itinéraire des patients atteints de cellulite cervico-faciale diffuse d'origine dentaire et de localisation cervico-thoracique est complexe, retardant la prise en charge et exposant à une durée prolongée de traitement et/ou à un décès.

Mots-clés : parcours thérapeutique, cellulite cervicale et faciale, facteurs de risques, survie, Afrique subsaharienne.

Abstract

Objective : The diagnostic and therapeutic pathways for patients with diffuse odontogenic cervico-facial cellulitis are multiple and too often end in death. The aim of this work is to identify therapeutic options, risk factors and analyze the survival of these patients in Yaoundé. Methodology: retrospective study between 2013 and 2023 in 300 patients hospitalized for diffuse cervico-facial cellulitis of dental origin in the otolaryngology and cervico-maxillofacial surgery department of the Central Hospital of Yaoundé (HCY).

Results : We noted a male predominance (65.3%), with an average age of 34.8 years. Health centers represented the first places where patients sought care (80.7%), followed by category 1 and 2 health facilities (FOSA) (9.7%) then dental practices (7.3%). and the national obesity center (CNO) in 2.3% of cases. At the HCY, the majority of cases, i.e. 53.7%, were from consultants in the otolaryngology department. The median length of hospitalization is 8 [IIQ = 5-10] days. Deaths occurred in (32/300), or 10.6% of admitted patients. The average survival time was 41.8 [40.2-23.2] days. Regarding the 14-day survival rate, it was 89.3%. In univariate and bivariate analysis, the poor prognostic factors were: age: 60 years (p = 0.002), cervico-thoracic location (p < 0.001), large staged incision method (OR: 7.65 [3.52-16.64]; p < 0.001), positive HIV serology (p < 0.009), altered general condition (p < 0.0001), diffuse lesions (p < 0.001), triple antibiotic therapy (OR: 8.38 [3.13

-22.45]; p < 0.001), complications such as dyspnea, severe anemia, sepsis (p < 0.005). In multivariate analysis, the poor prognostic factor found was the cervicothoracic location (ORa: 5.45 [1.47-20.16]; p = 0.11). Conclusion : the itinerary for patients with diffuse cervico-facial cellulitis of dental origin and cervico-thoracic location is complex, delaying treatment and exposing them to a prolonged duration of treatment and/or death.

Keywords : therapeutic pathway, cervical and facial cellulite, risk factors, survival, sub-Saharan Africa.

Introduction

Les cellulites cervico-faciales graves d'origine dentaire sont des affections courantes urgentes qui ont pour origine une effraction d'un foyer dentaire au niveau de la graisse hypodermique. Elles sont graves par leur diffusion le long des espaces aponévrotiques et peuvent s'étendre aux voies aéro-digestives supérieures (VADS). Ces cellulites sont devenues rares dans les pays développés grâce à un accès plus généralisé aux soins. Malgré sa prise en charge multidisciplinaire, son incidence est sans cesse évolutive. En effet, en Île de France, l'incidence des cellulites tourne autour elle est de 1/1 000 habitants par an [1]. Elle varie dans les séries hospitalières africaines entre 47 cas/an/1 000 habitants en Afrique du nord à 132 cas/an/1 000 en Afrique centrale [2-3]. L'Afrique subsaharienne et plus précisément le Cameroun est l'une des régions où son augmentation est remarquable [4-5]. Les décès y varient de 7 à 50 % dans la littérature montrant ainsi les failles du système sanitaire et justifiant des actions de compréhension, prévention, de prise en charge thérapeutique [5-11]. Le diagnostic de ces cellulites est tardif, pour de nombreuses raisons et parmi elles le retard à la consultation conventionnelle due aux recours aux soins non coordonnés. Le XXIème siècle est marqué par une diversité d'itinéraires thérapeutiques des patients quelle que soit leur maladie. L'Afrique n'est pas en reste entre une offre thérapeutique plurielle et

des soins hors du cadre réglementé, Janzen (1995) au Bas-Zaïre est l'un des précurseurs de la conjugaison systématique et récurrente des usages de la médecine biomédicale et des médecines alternatives en Afrique [12-13]. Les choix thérapeutiques en matière de cellulite peuvent être motivés par la peur et/ou l'exacerbation de la douleur dentaire. La présente étude vise à relever l'itinéraire thérapeutique, les facteurs de risques et la survie des patients hospitalisés pour cellulite cervico-faciale grave d'origine dentaire.

Méthodologie

• *Type d'étude et période de l'étude*

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique sur une période allant du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2023.

• *Site de l'étude*

L'étude s'est déroulée au service d'ORL et chirurgie maxillo-faciale de la ville de Yaoundé et au bloc des urgences chirurgicales (BUC) de l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY). Il s'agit d'une formation sanitaire de 2^{ème} catégorie dans la pyramide sanitaire au Cameroun. Cette structure sanitaire détient la plus grande fréquentation en cellulite cervico-faciale de la ville de Yaoundé. On y retrouve huit médecins oto-rhino-laryngologues et un maxillo-facial. Les médecins superviseurs sont assistés par des infirmiers, un généraliste, les résidents ORL et de chirurgie buccale qui y font toutes leurs gardes.

• *Collecte des données et analyse*

Deux médecins désignés ont utilisé une fiche technique créée en 2023 pour les besoins de l'analyse rétrospective afin de dépouiller de façon homogène les 446 dossiers. Nous avons collecté les informations sur l'âge, le sexe, le lieu de résidence, les comorbidités, l'automédication avant l'admission, le délai de consultation, le recours aux soins, le parcours hospitalier, l'état général, l'étendue des lésions, la localisation des lésions, les modalités thérapeutiques, les complications et la survie à 14 jours. Toute infection polymicrobienne extensive du tissu cellulo-adipeux de la face et du cou était

considérée comme cellulite cervico-faciale. Nous avons retenu tous les dossiers médicaux complets des patients hospitalisés pour cellulite faciale, ayant bénéficié ou pas d'une intervention chirurgicale ainsi que les comptes rendus des registres de bloc opératoire de ces patients. L'analyse des données a été conduite à l'aide du logiciel SPSS Version 23.0 pour Windows. Les variables qualitatives ont été exprimées sous forme d'effectifs et de fréquences. Les variables quantitatives étaient présentées par leur moyenne, médiane, intervalle interquartile et leur écart-type. Le seuil de significativité des tests statistiques a été fixé à 5 %. La survie, dans les différents groupes pronostics, a été évaluée par la méthode de Kaplan-Meier ; le test de log-Rank a ensuite été utilisé pour la comparaison de la survie entre les groupes ; les facteurs pronostics ont été déterminés grâce à un modèle de Cox.

Résultats

Nous avons reçu au cours de ces 11 années 3 597 patients dont 446 cellulites cervico-faciale soit une prévalence hospitalière de 12,3 %. Parmi ceux-ci, nous avons exclu 146 patients avec une maladie non odontogène, un foyer infectieux incertain, des informations incomplètes. Cela faisait un total de 300 cas inclus (figure 1).

• *Caractéristiques sociodémographiques associés au décès*

L'âge médian de la population d'étude était de $34,8 \pm 15,8$ ans avec des extrêmes de 4 et 91 ans. Le genre masculin (figure 2) était prépondérant (65,3 %), soit un sex-ratio de 1,8. La majorité résidait en zone urbaine (73,3 %). Le tableau I ci-dessous montre que les patients ayant un âge supérieur ou égal à 60 ans avaient 8 fois plus de risque de décéder au cours de l'étude ($p=0,013$) que l'ensemble des patients plus jeunes.

• *Délai du diagnostic, comorbidités et caractéristiques de l'itinéraire thérapeutique associés au décès*

La plupart des patients consultaient dans un délai de cinq à sept jours (55,3 %) (tableau II). Le délai

médian de consultation était de 7 [IIQ = 7-14] jours. Les centres de Santé constituaient les premiers lieux de recours aux soins par les patients. A l'HCY, la majorité des cas, soit 53,7 % étaient des consultants du service d'oto-rhino-laryngologie. Les patients infectés du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) avaient une létalité significativement plus élevée que les autres qu'ils aient ou non une autre comorbidité (OR : 3,55 [1,43-8,80] ; p=0,009).

- *Caractéristiques cliniques et paracliniques associées au décès*

L'examen clinique à l'entrée retrouve une tuméfaction et une douleur inflammatoire parfois fluctuante, des crépitations sous-cutanées, cervico-faciale diffuse, de trismus, d'odynophagie, ou de signes généraux témoignant d'un sepsis sévère (asthénie, teint terreux voire état confusionnel, fièvre élevée), une détresse respiratoire. Plus inquiétante encore est l'apparition de douleurs thoraciques et d'une rougeur pré-sternale, témoignant d'une atteinte médiastinale. L'automédication avant admission était présente dans 94,7 % des cas (n=284), dominée par la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (61,3 %). En ce qui concerne la pharmacopée traditionnelle, 62/300 patients y ont eu recours. Sur le plan étiologique, seul sept patients ont bénéficié d'un prélèvement bactériologique ; il s'agissait d'infections polymicrobiennes multi-sensibles incriminant des streptocoques, *Klebsiella pneumoniae*, et des germes anaérobies. La radiographie panoramique dentaire a été réalisée chez quarante-huit patients permettant de confirmer la dent causale. La tomodensitométrie a été réalisée chez douze patients. Elle a objectivé différents aspects : épaissement/infiltration des espaces graisseux, collection abcédée, bulles d'air, extension médiastinale, atteinte des parois des axes aéro-digestifs. Les lésions étaient plus circonscrites (55,7 %) à localisation sous-mentonnière (28,3 %) et sous maxillaire (24 %). Les patients qui à l'admission avaient un état général altéré (OR : 22,1 [9,1-53,4]; p <0,001), de même que ceux ayant des lésions de cellulites diffuses (OR : 15,2 [4,5-51,3]; p <0,001) à localisation cervico-thoracique (OR : 26,7 [10,9-

65,4]; p < 0,001) avaient plus de risque de décès au cours de l'étude (tableau III).

- *Modalités thérapeutiques et complications associées au décès*

La durée médiane d'hospitalisation était de 8 [IQE = 5-10] jours, avec des extrêmes de 1 et 46 jours. La fréquence des complications au cours de l'étude était de 22 % (n=66), dominée par les cas de dyspnée (7,3 %). Les patients ayant reçu une tri-antibiothérapie (OR : 8,3 [3,1-22,4] ; p < 0,001) et ceux ayant bénéficié d'une chirurgie large étagée (OR : 7,6 [3,5-16,6] ; p < 0,001) avaient plus de risques de décès au cours de l'étude. Les complications à type de dyspnée, anémie sévère, infectieuse et autres étaient fréquemment associées au décès (p < 0,05) (tableau IV). Les séquelles inesthétiques concernaient plus de la moitié des patients.

- *Taux de survie*

Le taux de létalité était de 10,7 %, soit 32 patients. La durée moyenne de survie était de 41,8 [40,2-23,2] jours. Concernant le taux de survie (figure 3) à 14 jours, il était de 89,3 %.

- *Facteurs de risques de mortalités des cellulites cervico-faciale grave pendant l'hospitalisation*

Le seul facteur indépendant au risque de décès au cours de l'étude était la localisation cervico-thoracique des cellulites (ORa : 5,4 [1,4-20,1] ; p =0,11) et le seul facteur protecteur était l'absence de complication au cours des cellulites (OR : 0,04 [0,01-0,21] ; p < 0,001) (tableau V).

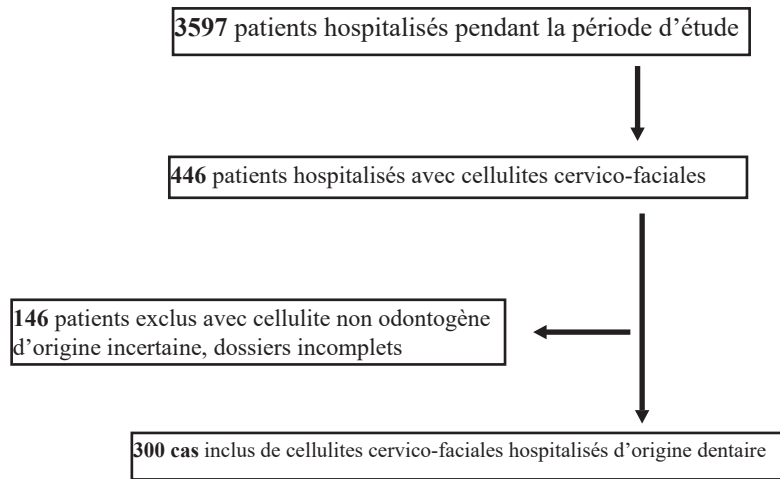


Figure 1 : Diagramme d'inclusion



Figure 2 : Image d'un homme de 53 ans avec cellulite cervico-thoracique diffuse d'origine dentaire (A) à l'admission (B) à j14 post drainage.

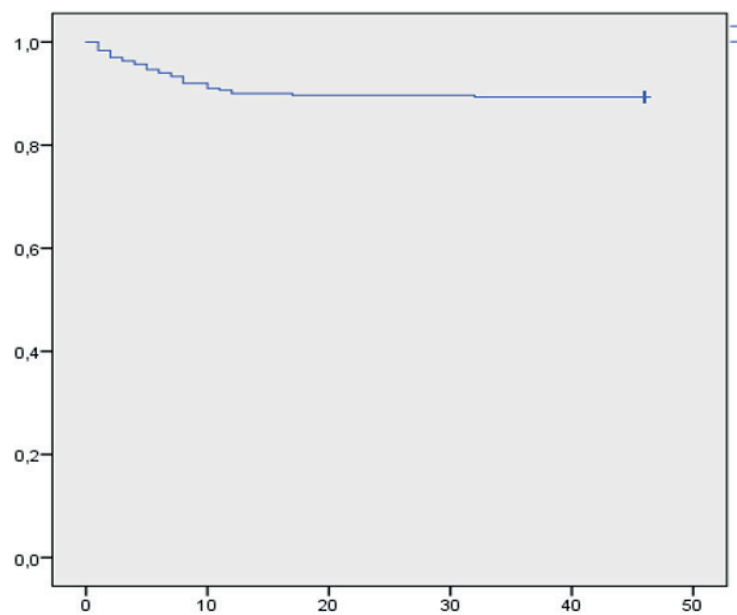


Figure 3 : Fonction de survie de la population d'étude

Tableau I : Facteurs sociodémographiques associés au décès

Variables	Décédés	Non décédés	Total	OR [IC à 95%]	P
	N=32 ; n (%)	N=268 ; n (%)	N=300		
Tranches (d'âges (années))					
< 20	2 (5,6)	34 (94,4)	36	1	/
[20-60[22 (9,2)	217 (90,8)	239	1,72 [0,38-7,66]	0,474
≥ 60	8 (32,0)	17 (68,0)	25	8,0 [1,53-41,88]	0,013
Sexe					
Masculin	24 (12,2)	172 (87,8)	196	1,67 [0,72-3,87]	0,154
Lieu de résidence					
Zone urbaine	23 (10,5)	197 (89,5)	220		

Tableau II : Délai diagnostic, comorbidités et caractéristiques de l'itinéraire thérapeutique associés au décès

Variables	Décédés	Non décédés	Total	OR [IC à 95%]	P
	N=32 ; n (%)	N=268 ; n (%)	N=300		
Comorbidités					
Infection au VIH	8 (25,8)	23 (74,2)	31	3,39 [1,43-8,80]	0,009
Diabète	0 (0,0)	10 (100,0)	10	/	0,318
Cancer	0 (0,0)	1 (100,0)	1	/	0,893
Sans comorbidité	24 (9,3)	234 (90,7)	258	1	/
Délai de consultation (en jours)					
< 7	2 (3,6)	54 (96,4)	56	1	/
[7-14[19 (11,6)	145 (88,4)	164	3,54 [0,79-15,70]	0,096
≥ 14	11 (13,8)	69 (86,3)	80	4,30 [0,91-20,24]	0,064
Recours aux soins					
Centre de Santé	27 (11,2)	215 (88,8)	242	1,69 [0,38-7,53]	0,487
FOSA catégories 1 et 2	2 (6,9)	27 (93,1)	29	1	/
Cabinet dentaire	3 (13,6)	19 (86,4)	22	2,13 [0,32-14,01]	0,430
Centre National de l'Obésité	0 (0,0)	7 (100,0)	7	/	
Parcours hospitalier à l'HCY					
Conventionnel	14 (8,7)	147 (91,3)	161	1	/
Urgence	17 (13,6)	108 (86,4)	125	1,65 [0,78-3,49]	0,189
Autres	1 (7,1)	13 (92,9)	14	0,75 [0,09-6,63]	0,842

Tableau III : Caractéristiques cliniques lésionnelles associées au décès

Variables	Décédés	Non décédés	Total	OR [IC à 95%]	P
	N=32 ; n(%)	N=268 ; n(%)	N=300		
Etat général					
Conservé	8 (3,3)	236 (96,7)	244		<0,001
Altéré	24 (42,9)	32 (57,1)	56	22,13 [9,17-53,41]	
Etendue des lésions					
Circonsrite	3 (1,8)	164 (98,2)	167	0,07 [0,02-0,22]	<0,001
Diffuse	29 (21,8)	104 (78,2)	133	15,24 [4,53-51,31]	
Automédication avant admission					
Aucune automédication	0 (0,0)	16 (100,0)	16	/	
AINS	23 (12,5)	261 (87,5)	184		
Antibiotiques	3 (7,1)	39 (92,9)	42		
Pharmacopée traditionnelle	6 (9,7)	56 (90,3)	62		
Localisation des lésions					
Sous mentonnière	1 (1,2)	84 (98,8)	85	0,07 [0,01-0,53]	<0,001
Sous maxillaire	3 (4,2)	69 (95,8)	72	0,30 [0,09-1,01]	0,027
Cervicale	2 (3,6)	54 (96,4)	56	0,26 [0,06-1,14]	0,038
Cervico-thoracique	24 (47,1)	27 (52,9)	51	26,78 [10,96-65,44]	<0,001
Sous orbitaire	1 (4,3)	22 (95,7)	23	0,36 [0,05-2,77]	0,268
Orbitaire	0 (0,0)	10 (100,0)	10	/	0,318
Parotidienne	1 (33,3)	2 (66,7)	3	4,29 [0,38-48,69]	0,288

Tableau IV : Modalités thérapeutiques et complications associées au décès

Variables	Décédés	Non décédés	Total	OR [IC à 95%]	P
	N=32 ; n (%)	N=268 ; n(%)	N=300		
Modalités de l'antibiothérapie					
Bi-antibiothérapie	5 (3,0)	163 (97,0)	168		<0,001
Tri-antibiothérapie	27 (20,5)	105 (79,5)	132		
Corticothérapie					
Oui	7 (10,1)	62 (89,9)	69		0,537
Non	25 (10,8)	206 (89,2)	231	1,08 [0,44-2,60]	
Modalités chirurgicales					
Incision/Evacuation	8 (4,0)	191 (96,0)	199	1	/
Incision étagée	5 (12,8)	34 (87,2)	39	3,51 [1,08-11,37]	0,036
Large étagée	19 (30,6)	43 (69,4)	62	10,54 [4,33-25,68]	<0,001
Complications					
Séquelles inesthétiques	2 (0,9)	232 (99,1)	234	1	/
Dyspnée	12 (54,5)	10 (45,5)	22	139,20 [27,40-707,13]	<0,001
Anémie sévère	8 (42,1)	11 (57,9)	19	84,36 [15,98-445,19]	<0,001
Sepsis/choc septique	5 (45,5)	6 (54,5)	11	96,66 [15,51-602,12]	<0,001
Autres complications	5 (31,3)	11 (68,8)	16	52,72 [9,18-302,76]	<0,001

Discussion

Le problème de santé publique que représente la carie dentaire et sa principale conséquence grave greffé de mortalité que représente les cellulites est assez connu de façon globale. Notre étude a concerné des données d'hospitalisation de 300 patients atteints de cellulites cervico-faciale diffuse d'origine dentaire. Nous nous sommes intéressés au parcours de soins, aux facteurs de risque et à la survie à 14 jours de ces patients. Les limites de cette étude sont représentées par le caractère monocentrique, la faible réalisation

d'examen biologiques, radiologiques (due au faible niveau socio-économique) et le caractère rétrospectif avec des dossiers incomplets. D'autres projets de plus grande envergure pourraient être envisagés avec un échantillonnage aléatoire dans tout le pays voir en Afrique en vue d'améliorer la prise en charge de cette affection, de pouvoir aider les politiques de sante publique et de réduire l'inégalité dans l'accès aux services de santé. L'absence des données référencées sur l'itinéraire et le recours aux soins de cellulite cervicale odontogène dans notre contexte a constitué le principal motif pour la réalisation de cette étude.

À notre connaissance, il s'agit de la première étude réalisée en Afrique subsaharienne sur un échantillon de population camerounaise. Le site de recrutement choisi constitue un observatoire privilégié du fait de son ancienneté (première structure sanitaire du Cameroun créé en 1933), sa position dans le système de santé type en Afrique, les différents acteurs intervenants. Notre étude suggère que du fait de leur manque de revenu les populations africaines souffrant de cellulite cervicale odontogène sont pénalisées par les limites de l'offre de soins à plusieurs niveaux. D'une manière générale, les déficiences du système sanitaire les pousse à utiliser les alternatives disponibles (automédication, pharmacopée traditionnelle), véritable facteur de retard au soin au détriment de la qualité et de l'efficacité des soins administrés.

• *Epidémiologie*

La fréquence des cellulites est difficile à évaluer. Elle dépend de la définition retenue de la gravité de cette pathologie, mettant en jeu le pronostic vital. La prévalence retrouvée était proche de la plupart des études réalisées au Cameroun où elles sont en nette croissance, due à la mauvaise hygiène bucco-dentaire notamment l'atteinte des molaires mandibulaires préférentiellement à cause d'un brossage insuffisant ou absent [4,14-16]. Les cellulites cervico-faciales diffuses d'origine dentaire touchent les patients de tout âge. La tranche d'âge la plus représentée était superposable à celle observée dans les études de Njifou et al au Cameroun [5], mais différente de celle de Ayoubi et al au Maroc [4], le jeune âge s'associant très souvent avec une alimentation cariogène et des nécroses pulpaire [2, 16-18]. Selon les données de la littérature on note une prédominance masculine comme dans les autres études africaines, ces derniers accorderaient moins d'importance à leur hygiène buccodentaire. La résidence urbaine était majoritaire, nos résultats corroborent avec ceux de certains auteurs [9, 14, 19].

• *Recours aux soins, cliniques, paracliniques, traitement*

L'abstention thérapeutique avant admission dans une structure hospitalière a été relevée dans 5,3 % des cas

dans cette étude. Les raisons évoquées étaient souvent l'absence de douleur et la peur, mais l'apparition d'une tuméfaction amenait les patients à consulter. Comme Van Der Geest (1987), dans son article: « Self-care and the informal sale of drugs in south Cameroon », le recours à l'automédication est la première intention et la plus évidente en cas de maladie au Cameroun, c'est ce que nous avons pu observer également dans cette série [20]. Ceci pourrait s'expliquer par l'ignorance, le faible niveau socioéconomique et l'offre en soins suffisamment faible [21]. Contrairement à MAIGA et al. en 2020 au Mali [22] qui avaient trouvé que la pharmacopée traditionnelle était dans 81,4 % le recours des patients atteints de cellulite cervico-faciale, pour ceux de nos patients qui recouraient d'abord à la biomédecine, selon le mode indigène de préparation, il pouvait s'agir de décoction d'herbes de toute sorte appliquée sur la tuméfaction et/ou du cirage. Ces faits cliniques sont identiques à ceux observés par de nombreux auteurs [23]. Les facteurs favorisants des cellulites cervico-faciales sont nombreux : diabète, intoxication alcool-tabagique, immunodépression, prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens comme le souligne également certains auteurs [15, 24]. 1/5 de nos patients avaient une infection à VIH, suivie du diabète de type 2 comme comorbidités et la prise d'AINS a été retrouvée dans 61,2 % des cas. Dans notre série la sérologie HIV a été réalisée chez tous les patients du fait d'un programme de dépistage hospitalier gratuit en cours. Le diagnostic clinique de cellulite cervico-faciale était comparable à la littérature et se pose devant une tuméfaction cervico-faciale douloureuse avec signe d'extension inflammatoire, d'un trismus, expliquant la majorité des formes circonscrites comme retrouvé dans notre étude. Deux formes de cellulites graves sont décrites dans la littérature : la forme pseudo-phlegmoneuse ou phlegmon, du plancher buccal ou de la loge parotido-massétérine, qui se traduit par un processus inflammatoire douloureux, un trismus et des signes compressifs des voies aéro-digestives supérieures ; et la forme gangréneuse avec une crépitation neigeuse sous cutanée, des nécroses et une extension rapide

cervico-médiastinale [25]. Dans notre série cette forme a été observée dans 17 % des cas. L'altération de l'état général, la dyspnée, le sepsis, les crépitations sous cutanée sont les complications directement liées à une localisation cervico-thoracique et/ou une forme nécrosante comme l'on également démontré bon nombre d'étude [6, 17]. La radiographie panoramique dentaire est systématique dans le contexte de cellulites odontogènes et a été aussi dans cette étude l'examen radiologique le plus réalisé. Cependant, il n'a pas été systématiquement réalisé à cause du manque de moyens financiers. Elle avait montré une carie dentaire, des zones d'ostéolyse péri-apicale et des foyers granulomateux principalement des molaires inférieures. La tomodensitométrie grâce à l'excellente résolution en densité tissulaire et osseuse permet de préciser la nature inflammatoire d'une tuméfaction cervicale, d'évaluer son extension et de rechercher une collection dont la mise en évidence imposerait une mise à plat efficace et d'envisager un mode d'intubation. La tomodensitométrie est d'un apport considérable dans le diagnostic d'une extension médiastinale dont les signes initiaux sont parfois extrêmement frustes [26]. L'infection se propage entraînant une myonécrose importante qui favorise le métabolisme anaérobie et une croissance bactérienne polymicrobiennes [25]. La prédominance des germes anaérobies fait l'unanimité des auteurs [3, 4, 25, 27]. Ces examens bactériologiques ne sont pas réalisés en routine dans notre contexte, en raison de leur coût et de l'absence de prise en charge [5]. Le délai moyen de consultation dans notre étude était long, sept jours en moyenne et pourrait s'expliquer par l'attentisme sous antibiotique ou autres traitements des patientes [15,28]. Ce temps écoulé entre le premier symptôme et la consultation avait souvent servi à explorer d'autres recours et/ou itinéraires thérapeutiques. Le traitement consiste en une réanimation en cas de sepsis associé à une antibiothérapie probabiliste à large spectre et à une chirurgie de drainage et de décapage en première intention puis au traitement de la dent causale et des séquelles esthétiques dans un second temps [28]. L'antibiothérapie était

comparable à la littérature dans notre série [4,29-30], initialement à base de pénicilline, elle a le plus souvent consisté en une trithérapie (amoxicilline-acide clavulanique, métronidazole, fluoroquinolone) du fait de l'augmentation de la virulence des germes et/ou de leur résistance aux antibiotiques [31,32].

- *Itinéraires thérapeutiques (recours aux soins et parcours hospitalier à l'Hôpital*

Différentes trajectoires thérapeutiques étaient observées chez les patientes à la recherche de soins. La majorité des patients recouraient d'abord à l'automédication et aux médicaments de la rue, comme l'indique (Nkoma, 2016). Plus de la moitié de la population environ 52 % y a recours lors d'un épisode morbide [33]. Mais celles-ci pouvaient être rattrapées par des considérations sociétales et recourir secondairement à d'autres soins ou à les associer à la pharmacopée traditionnelle comme dans notre étude où 62 patients soit (20,7%) y ont eu recours. Toutefois, (80,7 %) des patients étaient convaincues de se rendre dans un centre de santé d'après l'étude, chiffre assez élevé par rapport au 26 % retrouvé dans l'étude de Nkoma et al, ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité (73,3 %) des patients consultant dans cette formation sanitaire est d'origine urbaine. Une étude sur le comportement de recours aux soins et aux médicaments des ménages, menée par Commeyras et al (2006), montre que les itinéraires thérapeutiques révèlent une indécision dans les comportements, une certaine inefficacité de l'offre de soins et/ou une incapacité à poursuivre un type de recours. Le secteur moderne, consultation et automédication moderne, contribue à plus des deux tiers des recours, loin devant les pratiques traditionnelles en zone urbaine[33]. Le recours aux FOSA de catégories 1 et 2, lieu de l'étude était le deuxième recours le plus fréquent. Du fait de l'ignorance de la maladie, les cellulites cervico-faciales odontogènes sont parfois considérées comme une pathologie banale. Les patients se donnent le temps d'apprécier l'évolution de la maladie avant de solliciter de l'aide. Différentes trajectoires thérapeutiques étaient observées, chez les patients à la recherche des soins. Le premier recours hospitalier

était donc le centre de santé le plus proche du domicile dans 80,7 % en vue d'avoir une idée diagnostique et voir ce qui est faisable. Mais en raison de l'évolution spectaculaire et rapide de la pathologie, du plateau technique insuffisant, ces patients sont plus au moins orientés à temps vers les services spécialisés. Leur parcours était le plus souvent conventionnel pour la majorité c'est à dire soit par le service d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-maxillo-faciale, soit par les urgences. Les diabétiques se tournant toujours en premiers vers leur structure d'accueil qui est le centre national d'obésité (CNO). La bascule des systèmes de santé de l'initiative d'Alma Alta (1979) à celle de Bamako (1987) avec l'autofinancement des soins de santé par les ménages est une des raisons évoquées par d'autres auteurs [13]. Des patients ayant débuté par l'abstention thérapeutique, se sont par la suite chez le tradipraticien, ont débuté une automédication puis se sont rendu à l'hôpital du fait des complications diverses. Les considérations métaphysiques vont amener les patients à penser que la médecine conventionnelle ne saurait apporter une solution adéquate à leur problème. Invoquer leurs ancêtres et recourir à leur traitement d'antan seraient la solution. De plus, les tradipraticiens seraient plus accueillants et les soins y sont moins coûteux. La majorité des patients qui se sont rendu à l'hôpital (53,7 %) avait un parcours hospitalier conventionnel en consultation d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie maxillo-faciale seul, 17/125 arrivaient par les urgences et y décédaient.

• *Facteurs associés au décès*

Comme dans l'étude de Djemi et al [7] et celle de Wong et al [34], il existe un lien statistiquement significatif entre l'âge > 60 ans et les décès. Cette situation s'explique par le fait que le vieillissement entraîne l'apparition de facteurs de vulnérabilité, telles que les maladies chroniques et/ou des complications gériatriques, mais également par une altération de l'immunité. Dans ce travail, la mortalité était de 10,7% (n=32) en conformité avec l'étude antérieure de Njifou et al [5], quant à Illé S et al [19], ils avaient noté un taux de mortalité de 5,8%, Tran Ba

Huy et al [10], avait trouvé une mortalité de 7,3%. Les patients qui à l'admission avaient un état général altéré avaient plus de risques de décès au cours de l'étude. Notre étude comme celle de Nicot et al. en 2013 a montré que l'usage des anti-inflammatoires n'a aucune influence sur la gravité des cellulites [24]. De ces constats, se dégage un intérêt de rechercher et sensibiliser les personnes avec mauvaises hygiènes bucco-dentaires, de même que l'absence d'accès aux soins, le retard de prise en charge des patients, la mauvaise utilisation des antibiotiques, le manque de moyens financiers. Le traitement médico-chirurgical doit se faire de façon précoce concomitamment avec les soins dentaires lorsque l'état clinique du patient le permet [5,14]. En somme, cette étude descriptive nous a permis d'appréhender les pratiques de la prise en charge des cellulites cervico-faciale diffuses d'origine dentaire à Yaoundé.

Conclusion

Les cellulites cervico-faciales diffuses sont des évènements peu rares, mais graves. La survie à 14 jours est estimée à 89,3 %. Le taux de létalité est de 10,7 % dans notre milieu. Leur traitement doit être aussi précoce que possible avec un geste chirurgical large en urgence et une prise en charge pluridisciplinaire. La diffusion de la cellulite semble être la répercussion d'une prise en charge initiale inadaptée due aux recours aux soins absents, en retard et/ou tortueux, à la mauvaise utilisation d'antibiotique et à l'absence de couverture santé.

Consentement éclairé

Nous avons obtenu le consentement du patient pour la publication des images.

Sources de financement

Ce travail n'a reçu aucun financement

Contributions des auteurs

Louise Mouangue-Mbonjo, a contribué à la discussion diagnostique et à la prise en charge des patients de même

qu'au dépouillement des dossiers et au remplissage des fiches. ND Mbango-Ekouta, SR Ekambi Kotto, ont contribué à la recherche bibliographique, JT Elong et RM Mouangue ont contribué à l'analyse statistique des données. ON Ngaba Mambo Pouka a supervisé la rédaction du manuscrit. Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Ils déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Remerciements

Les auteurs remercient tout le personnel du service d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-maxillo-faciale de l'hôpital Central de Yaoundé.

*Correspondance :

Louise Mouangue-Mbonjo

lou_mouang@yahoo.fr

Disponible en ligne : 30 Décembre 2024

1 : Service d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-maxillo-faciale de l'Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun

2 : Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun. BP : 25612

3 : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun B.P: 1364 Yaoundé

4 : Ecole Nationale Supérieure Polytechnique de Douala, Université de Douala, Cameroun

© Journal of african clinical cases and reviews 2024

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Bertolus CH. Cellulite cervico-faciale. Conférences infections cutanées. Société Française de Médecine d'Urgences. 2011;52:593-600.
- [2] Afolabi A. Factors influencing the pattern of self-medication in an adult Nigerian population. *Ann Afr Med.* 2008;7(3):120.
- [3] Atanga LC, Ngaba Mballa ON, Edouma Bohimbo J, Zingui Ndongo Ottou M, Njock R. Diagnostic, traitement et pronostic des cellulites cervico-faciales à Yaoundé (Cameroun). *Health Sci Dis.* 2020;21(6):60-64.
- [4] Ayoubi AE, Ayoubi FE, Mas E, Guertite A, Boulaïch M, Essakalli L, et al. Cellulites cervico-faciales diffuses d'origine dentaire : à propos de 60 cas. *Med Buccale Chir Buccale.* 2009;15(3):127-35.
- [5] Njifou Njimah A, Essama L, Kouotou EA, Moby H, Mapoure Y, Motah M, et al. Cellulites cervico-faciales en milieu hospitalier camerounais. *Health Sci Dis.* 2014;15(1):1-4.
- [6] Bidossèsi Vodouhe U, Gouda N, Zounon ADS, Beheton R, Afouda LS, Avakoudjo F, et al. Diffuse cervico-facial cellulitis: epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects at the Teaching Hospital CNHU HKM of Cotonou. *Int J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2022;11(5):266-76.
- [7] Djemi EM, Zegbeh-N'guessan KE, Vroh Bi Tah S, Béréte PI, Crezoit GE. Cellulites cervico-faciales diffuses : caractéristiques cliniques et facteurs de risque de mortalité. *Health Sci Dis.* 2022;23(10):10-13.
- [8] Rakotoarimanana FVA, Haminason LS, Rafenomanjato MM, Rasolondraibe AF, Randriamanantena T. Cellulite cervico-faciale chez l'enfant. *Head Neck J Madagascar.* 2022;3:321-32.
- [9] Rouadi S, Ouaiissi L, El Khiati R, Abada R, Mahtar

- M, Roubal M, et al. Les cellulites cervico-faciales à propos de 130 cas. *Pan Afr Med J.* 2013;14:88.
- [10] Tran Ba Huy P, Blancal JP, Verillaud B, Mebazaa A, Herman P. Les cellulites cervico-faciales : une grave urgence ORL. *Académie nationale de médecine.* 2011;195(3):661-78.
- [11] Mohy L. Les cellulites cervico-faciales odontogènes : avulsion immédiate ou différée? *Sciences du Vivant [q-bio].* 2017. Disponible sur : hal-01947188.
- [12] Kahindo Mbeva JB, Mitangala Ndeba P, Tsongo Musubao E, Mahamba Nzanzu, Ntabe Namegabe E, Kimanuka C, et al. Parcours des patients en milieu africain : cas de la ville de Goma à l'est de la République démocratique du Congo. *Int J Innov Sci Res.* 2021;53(1):85-97.
- [13] Marcellini A, Turpin JP, Rolland Y, Ruffié S. Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine. *Corps Cult [Internet].* 2000;(5). Disponible sur : <http://journals.openedition.org/corpsetculture/710>.
- [14] Filipuzzi M. Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire avec diffusion médiastinale : étude de cas hospitalisés au CHRU de Nancy entre 2004 et 2013. *Sciences du Vivant.* 2016. Disponible sur : hal-01932289.
- [15] Serghini I, Aissaoui Y, Quamouss Y, Sedikki R, Filali K, Zoubir M, et al. Médiastinite compliquant une cellulite cervicale à porte d'entrée dentaire : à propos d'un cas et revue de la littérature. *Pan Afr Med J.* 2011;8:25.
- [16] Nokam Abena ME, Edouma Bohimbo J, Guiguimdé WP, Ntonga Ngouanka T, Mindja Eko D, Bengondo Messanga C. Les cellulites cervico-faciales odontogènes dans la ville d'Ebolowa (Cameroun) : à propos de 49 cas. *Health Sci Dis.* 2023;24(9):47-52.
- [17] Togo S, Yena S, Ouattara M, Saye JJ, Sankare I, Touré A, et al. Cellulite nécrosante descendante infectieuse d'origine dentaire à diffusion mammaire : analyse de deux cas. *Rev Mali Infectiol Microbiol [Internet].* 2016 [cité 2024 juill 10];5. Disponible sur : <https://revues.ml/index.php/remim/article/view/891>.
- [18] Bidossèssi Vodouhe U, Gouda N, Zounon ADS, Beheton R, Afouda LS, Avakoudjo F, et al. Diffuse cervico-facial cellulitis: epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects at the Teaching Hospital CNHU HKM of Cotonou. *IJOHNS.* 2022;11(5):266-76.
- [19] Illé S, Djafarou Abarchi B, Kadre Alio K, 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(3S):1140.
- [20] Van Der Geest S. Self-care and the informal sale of drugs in South Cameroon. *Soc Sci Med.* 1987;25(3):293-305.
- [21] MS Ag Med Elmehdi Elansari, Guindo B, Dienta L, Diarra SM, Maiga M, Doumbia A, et al. Cellulite cervico-faciale dans un hôpital régional du Mali : une série de 31 cas. *Jaccr Infectiology.* 2020;2(2):1-7.
- [22] Maiga O, et al. Cellulite cervico-faciale dans un hôpital régional du Mali : une série de 31 cas. *Jaccr Infectiology.* 2020;2(2).
- [23] Tanti-Hardouin N. Regards d'économiste sur les défis de la santé dans les pays en voie de développement. *Amades [Internet].* 2007 [cité 2023 sept 21];(70). Disponible sur : <http://journals.openedition.org/amades/429>.
- [24] Nicot R, Hippy C, Hochart C, Wiss A, Brygo A, Gautier S, et al. Do anti-inflammatory drugs worsen odontogenic cervico-facial cellulitis? *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale.* 2014;115:e31-e36.
- [25] Lakouichmi M, Tourabi K, Abir BE, Zouhair S, Lahmiti S, Mansouri Hatta N. Les cellulites cervico-faciales graves, facteurs et critères de gravité. *Pan Afr Med J.* 2014;18:57. doi:10.11604/

pamj.2014.18.57.3702.

[26] Evsen EA, Candan M. Serious complications and treatment strategies associated with odontogenic infections. *Eurasian J Med.* 2023;55(1):142-149. doi:10.5152/eurasianjmed.2023.23378. PMID:39128033; PMCID:PMC11075025.

[27] Labriola JD, Mascaro J, Alpert B. The microbiologic flora of orofacial abscesses. *J Oral Maxillofac Surg.* 1983;41(11):711-4. doi:10.1016/0278-2391(83)90186-6. PMID:6579256.

[28] Alqas TL. Facteurs prédictifs du risque de diffusion des cellulites cervico-faciales odontogènes : étude rétrospective à propos de 80 cas. Thèse. Aix Marseille Université; 2021. Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales, École de Médecine Dentaire, 55p.

[29] Kassim D. Les cellulites cervicales diffuses : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques dans le service ORL-CCF du CHU Gabriel TOURE. Thèse. Bamako; 2015. USSTB-FMOS, 118p.

[30] Ghammam M, Houas J, Chouchane L, Meherzi A, Mallat N, Bellakhder M, et al. Les cellulites cervico-faciales : à propos de 82 cas. *J Tun ORL.* 2019;42:37-41.

[31] Zeitoun IM, Dhanarajani PJ. Cervical cellulitis and mediastinitis caused by odontogenic infections. *J Oral Maxillofac Surg.* 1995;53(2):203-8.

[32] Zilberstein B, Cleva RD, Testa RS, Sene U, Eshkenazy R, Gama-Rodrigues JJ. Cervical necrotizing fasciitis due to bacterial tonsillitis. *Clinics.* 2005;60(2):177-82.

[33] Paul Pouhe Nkoma. Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun : les déterminants du recours à l'automédication. 7e Conférence sur la Population Africaine : "Dividende Démographique en Afrique : Perspectives, Opportunités et Défis". Johannesburg, Afrique du Sud. 2015. Disponible sur : hal-01339418.

[34] Wong TY. A nationwide survey of deaths from oral and maxillofacial infections: the Taiwanese experience. *J Oral Maxillofac Surg.* 1999;57(11):1297-9. doi:10.1016/s0278-2391(99)90863-7. PMID:10555793.

Pour citer cet article

L Mouangue-Mbonjo, ND Mbango-Ekouta, R Ekambi Kotto, JT Elong, RM Mouangue, ON Ngaba Mambo Pouka. 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 <https://doi.org/10.70065/24JINF64.004L063012>