

CELLULITE ORBITAIRE COMPLIQUANT UNE PANSINUSITE MAXILLO-ETHMOÏDO-FRONTALE D'ORIGINE DENTAIRE à propos d'un cas

DJELAMDA A, BENGHERSALLAH D, BOUNAB I, GUEHRIA M.
Service de Pathologie et Chirurgie ORALES, CHU Annaba, Faculté de
Médecine, Université Badji Mokhtar d'Annaba, Algérie.

E-mail : Djelamda A : aminadjelamda@hotmail.com ; Benghersallah
D: bengher_d@yahoo.fr ; Bounab I: ilhem.lahouma.chirident@gmail.
com ; Guehria M: mounirakardoussi@gmail.com

RÉSUMÉ :

Les cellulites d'origine dentaire figurent parmi les urgences les plus fréquentes en consultation odontostomatologique, ces affections ont des aspects cliniques et topographiques variables avec des degrés de gravité divers, allant d'une évolution favorable suite à un traitement adéquat à des formes gravissimes locorégionales telles qu'une cellulite orbitaire et parfois générales bactériennes. Les cellulites orbitaires sont des inflammations du tissu cellulo-graisseux de l'orbite, ces pathologies du sujet jeune peuvent être secondaires à des affections de la sphère ORL ou bucco-dentaire. Les complications cécitantes et parfois mortelles de certaines formes montrent la nécessité d'une intervention urgente au sein d'une équipe multidisciplinaire. Le traitement précoce des affections sinusiennes et dentaires reste primordial pour la prévention. Nous présentons dans ce travail le cas d'un enfant qui, à partir d'un abcès dentaire compliqué d'une pansinusite antérieure, a développé une cellulite orbitaire avec des suites post thérapeutiques incertaines mettant en jeu le pronostic visuel. Les séquelles oculaires d'une pathologie dentaire peuvent être extrêmement graves : réduction définitive de l'acuité visuelle, diplopie ou même cécité. La guérison, l'avenir fonctionnel de l'œil, la prévention des récurrences dépendent de la précocité et de l'efficacité du traitement.

Mots clés : Abscess dentaire, Cellulites orbitaires, Pansinusite, Complications cécitantes, Equipe multidisciplinaire.

ABSTRACT: ORBITAL CELLULITIS COMPLICATIONS MAXILLO-ETHMOID-FRONTAL PANSINUSITIS OF DENTAL ORIGIN : report of a case.

Buccodental infections are among the most common emergencies in dental consultations. If left untreated or poorly treated, these conditions can spread beyond the dental and alveolar structures, resulting in cellulitis with variable clinical and topographical presentations and varying degrees of severity. Orbital cellulitis is one of the most serious local-regional forms of infection. It refers to the inflammation of the adipose connective tissue within the orbit. The sight-threatening and sometimes fatal complications associated with certain forms of orbital cellulitis highlight the need for urgent intervention by a multidisciplinary team. Early treatment of sinus and dental conditions is crucial for prevention. In this work, we present the case of a child who, from a dental abscess complicated by anterior pansinusitis, developed orbital cellulitis with uncertain post-therapeutic consequences involving visual prognosis. The ocular after-effects of dental disease can be extremely serious: permanent reduction in visual acuity, diplopia or even blindness. Healing, the functional future of the eye and prevention of recurrences depend on the early and effective treatment.

Key words : Buccodental infections, Orbital cellulitis, Pansinusitis, Sight-threatening, Multidisciplinary team.

INTRODUCTION

Les cellulites orbitaires sont les pathologies orbitaires primitives les plus fréquentes, définies par une inflammation aiguë du tissu cellulo-grasseyé orbitaire d'origine infectieuse [1]. Il s'agit d'une affection potentiellement grave mettant en jeu le pronostic fonctionnel, voire vital. La sinusite aiguë reste la porte d'entrée la plus fréquente notamment pour les cellulites de formes sévères rétro-septales ou cellulite orbitaires vraies [2], notons également que les pansinusites sont secondaires à une infection d'origine dentaire dans environ 40 % des cas [3], ce qui fait un lien entre les cellulites orbitaires et les infections d'origine dentaire.

Une prise en charge précoce et adaptée avec un traitement étiologique adéquat permet d'améliorer le pronostic redoutable de cette affection et d'éviter les séquelles visuelles [4]. Selon une citation de Billing 1912 : « La bouche est l'ennemie mortelle de l'œil ».

L'objectif de ce travail est de mettre l'accent sur les complications locorégionales des infections bucco-dentaires très souvent négligées, notamment les cellulites orbitaires, pouvons avoir des suites post thérapeutiques incertaines, et surtout de rappeler de l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire.

OBSERVATION

Il s'agit d'une enfant âgée de 11 ans, sans antécédents pathologiques notables, orientée par le Service d'Ophtalmologie et d'ORL au Service d'Odontostomatologie pour traitement étiologique d'un abcès orbitaire secondaire à une pansinusite maxillo-ethmoïdo-frontale d'origine dentaire ayant provoqué une exophtalmie, stade avancé avec acuité visuelle et mobilité oculaire compromises.

L'histoire de la maladie est marquée par des douleurs dentaires débutées 07 jours avant la consultation et traitées par des AINS (automédication) selon ses parents, 04 jours après, la patiente a présenté une douleur et une tuméfaction orbitaire ce qui a motivé la patiente à consulter un ophtalmologue en ambulatoire à Tebessa, et après avoir demandé une TDM orbito-cérébrale, elle a été adressée au Service d'Ophtalmologie du C.H.U Annaba où elle a bénéficié d'un traitement médical par voie parentérale. Ensuite, elle a été évacuée vers le Service d'ORL où elle a bénéficié d'un traitement chirurgical avec une incision au niveau de l'angle de l'œil sous anesthésie générale, permettant l'évacuation de 6cc de pus fétide.

Après avoir consulté le dossier de la patiente, nous avons rapporté les signes ophtalmologiques et ORL suivants :

1. Signes ophtalmologiques

- Tuméfaction palpébrale de 03 cm environ, douloureuse, fluctuante.
- Chémosis important.
- Exophtalmie.
- Semi mydriase aréflexique.
- Œil fixe.
- Acuité visuelle 1/10.
- Kératite d'exposition.

2. Signes ORL

- Muqueuse congestive inflammatoire bilatérale.
- Rhinorrhée purulente au niveau du méat gauche, jaunâtre, fétide.
- Palpation des points sinusiens gauches douloureuses.
- Douleurs au niveau de l'hémiface gauche.

Le traitement (mentionné sur le dossier de la malade) été à base de :

- Céfotaxime 1g/6h.
- Metronidazol 500 mg 03/jr.
- Gentamycine 80 mg 01/jr.
- Corticoïdes 40 mg en IV.
- Antalgique.
- Sulfamides colyre ophtalmique 01/jr.
- Acide fucidique pommade 01app/jr.
- Lavage abondant des fosses nasales.

Après une hospitalisation de 19 jours au niveau du service ORL au C.H.U d'Annaba, les signes sinusiens et oculaires se sont amendés (figure 1).



Figure 1. a) Œdème palpébral suite à un épisode dentaire. b) Abscès orbitaire et exophtalmie sévère (stade IV de Chandler). c) Drainage de l'abcès orbitaire par l'angle interne de l'œil. (Service O.R.L C.H.U Annaba)

3. Examen clinique

3.1. Examen exo-buccal

Après avoir consulté le dossier de la malade, nous avons constaté la persistance de l'exophtalmie gauche ; palpation douloureuse de la région homolatérale gauche ; absence d'adénopathies cliniquement palpables.

3.2. Examen endo-buccal

Hygiène buccodentaire satisfaisante, état dento-parodontal bon, première molaire maxillaire gauche (26) cariée (figure 2) avec : érythème au niveau du fond du vestibule, test de vitalité négatif, palpation douloureuse au fond du vestibule correspondant à la 26, sensibilité à la percussion axiale et transversale.



Figure 2. Vue endobuccale (carie sur la 26). (Service de Pathologie et Chirurgie Orales C.H.U Annaba).

4. Examens radiologiques

4.1. Panoramique dentaire

Présence d'une carie profonde au niveau de la 26 atteignant la chambre pulpaire avec élargissement désmodontal latéral et apical (figure 3).



Figure 3. Radiographie panoramique (parodontite apicale sur la 26).

Le sinus maxillaire gauche semble voilé et le rapport dento sinusien est imprécis sur cette radiographie en deux dimensions.

4.2. Tomodensitométrie (TDM)

Sinus maxillaire gauche, frontal et sinus ethmoïdal antérieurs comblés. Rupture du plancher sinusien en regard de la 26 avec mise en contact direct de la réaction apicale avec le sinus maxillaire (figure 4).

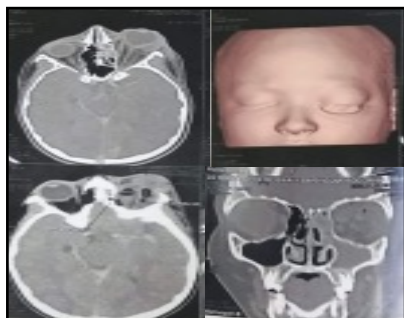


Figure 4. Coupes scanographiques axiales hautes montrant l'abcès orbitaire et l'exophtalmie, et coronale montrant le comblement ethmoïdo-maxillaire avec effraction du plancher sinusien par la 26 nécrosée.

5. Diagnostic

Il s'agit d'une cellulite orbitaire compliquant une pansinusite maxillo-ethmoïdo-frontale d'origine dentaire.

6. Prise en charge

La décision thérapeutique était l'extraction de la dent causale, justifiée par la propagation rapide de l'infection au-delà de la région dento-maxillaire.

L'acte a été réalisé en milieu hospitalier à la clinique dentaire Elysa au sein du service de Pathologie et Chirurgie Orales.

L'extraction a été réalisée de façon non traumatisante, la manœuvre de Valsalva était négative, un lavage soigneux et une fermeture hermétique par des points de suture pour une meilleure cicatrisation.

Une semaine après, nous avons reçu la malade pour ablation du fil de suture, la cicatrisation muqueuse était satisfaisante. Une TDM de contrôle a été demandée, sur laquelle nous avons constaté une nette amélioration de l'état sinusien (figure 5).

La patiente reste actuellement sous un suivi multidisciplinaire.

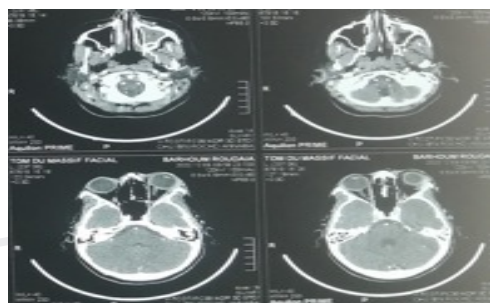


Figure 5. Coupes scannographiques axiales montrant la régression de l'infection ethmoïdo maxillaire ainsi que l'amélioration de l'exophtalmie.

6.1. Le contrôle ophtalmologique

Le contrôle ophtalmologique, après 20 jours, a révélé une amélioration de la motricité du globe oculaire. Cependant, l'acuité visuelle était de 0/10 (figure 6).

6.2. L'Oto-Rhino-Laryngologue

Pour le contrôle ORL, nous avons constaté une nette amélioration de l'état sinusien global.

6.3. Au niveau buccal

Le site était presque totalement fermé (cicatrisation muqueuse) avec absence de signe d'infection et d'inflammation.

DISCUSSION

L'incidence de la cellulite orbitaire a nettement diminué ces dernières années dans les pays développés grâce à un meilleur accès au traitement des infections des voies respiratoires supérieures et à une prise en charge précoce et ciblée de la maladie [5]. Cependant, dans les pays en voie de développement et notamment en Afrique, la cellulite orbitaire représenterait encore une pathologie grave qui menace le pronostic visuel, voire vital des patients [6,7].

Plusieurs études ont été réalisées afin d'analyser le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des cellulites orbitaires, nous citons l'étude rétrospective réalisée au Maroc entre 2008–2014, portant sur 28 cas dont l'âge variait de 6 mois à 14ans. Dans 85 % des cas, il s'agissait d'une cellulite pré-septale et dans 15 % d'une cellulite rétro-septale. La porte d'entrée la plus retrouvée était sinusienne [8].

Une étude récente, en 2022 en Tunisie, portant sur 109 patients, rapporte que la cellulite est pré-septale dans 61,5% des cas et rétro-septale dans 38,5% des cas. Le pronostic est réservé dans 10,1% des cas [2].

Nous citons également, une étude réalisée en Portugal entre 2007 et 2017 qui porte sur 122 patients avec une moyenne d'âge de 05 ans. La cellulite était pré-septale dans 80,3 % des cas et rétro-septale dans 19,7% des cas. La porte d'entrée était sinusienne dans 40.2% des cas et précédée par des abcès dentaires dans 20.4% des cas [1].

Ces études témoignent de la forte fréquence de la porte d'entrée sinusienne dont l'origine dentaire est très fortement suspectée. On souligne également la fréquence élevée chez la population pédiatrique ce qui coïncide avec notre cas où la porte d'entrée était dentaire occasionnant une pansinusite compliquée par une cellulite orbitaire, occasionnant une cécité de l'œil correspondant chez une enfant de 11 ans.

CONCLUSION

Les infections buccodentaires figurent parmi les urgences les plus fréquentes en consultation odontostomatologique. Non ou maltraitées. Ces affections peuvent se propager au-delà des structures dento-alvéolaires donnant des cellulites d'aspects cliniques et topographiques variables avec des degrés de gravité divers.

La cellulite orbitaire est l'une des formes locorégionales graves, cette pathologie du sujet jeune peut être secondaires à des affections de la sphère ORL ou bucco-dentaires. Les complications mettant en jeu le pronostic visuel et parfois vital montrent la nécessité d'une intervention urgente au sein d'une équipe multidisciplinaire. Le traitement précoce des affections sinusiennes et dentaires reste primordial pour la prévention [9].

Consentement éclairé :

Nous avons obtenu le consentement éclairé des parents de la patiente pour la publication de ce cas.

Conflits d'intérêt :

Je déclare au nom des auteurs qu'il n'y a aucun conflit d'intérêt pour la publication de cet article.

DATE DE SOUMISSION : 16/10/2024.

DATE D'ACCEPTATION : 18/02/2025.

DATE DE PUBLICATION : 11/03/2024.

RÉFÉRENCES

1. Santos JC, Pinto S, Ferreira S, Maia C, Alves S, da Silva V. Pediatric preseptal and orbital cellulitis: A 10-year experience. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2019 May;120:82-88.
2. Mekni M, Sayadi J, Choura R, Fekih A, Gouider D, Rouatbi A, et al. Les cellulites orbitaires: approche diagnostique, thérapeutique et pronostique dans un centre de référence à Tunis, Tunisie, une étude rétrospective sur 109 cas. *Pan Afr Med J.* 07 Octobre 2022; 43:64.
3. Bouguezzi A, Souid K, Ben Ali R, Ben Youssef S, Boughzala A. Sinusite ethmoïdo-fronto-maxillaire d'origine dentaire. *Médecine Buccale Chir Buccale.* Jjanv 2015;21(1):25-9.
4. Harris GJ. Subperiosteal inflammation of the orbit. A bacteriological analysis of 17 cases. *Arch Ophthalmol Chic Ill* 1960. juill 1988;106(7):947-52.
5. Khan SA, Hussain A, Phelps PO. Current clinical diagnosis and management of orbital cellulitis. *Expert Rev Ophthalmol.* 3 sept 2021;16(5):387-99.
6. Nwaorgu OGB, Awobem FJ, Onakoya PA, Awobem AA. Orbital cellulitis complicating sinusitis: a 15-year review. *Niger J Surg Res.* 2004;6(1-2).
7. Oluwatoyin OH, Adenike OA, Olubunmi VA. Cost-related antibiotic dosage omissions-challenge for orbital cellulitis management in resource poor communities. *Orb.* 2009; 28 (2-3): 147-52.
8. Daoudi A, Ajdakar S, Rada N, Draiss G, Hajji I, Bouskraoui M. Cellulites orbitaires et péri-orbitaires de l'enfant. Profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif. *Edition Masson. J F.O.* Septembre 2016; 39(7): 609-614.
9. Jordana F, Fronty Y, Barbrel P. Relations pathologiques œil-dent : point de vue du stomatologiste et de l'odontologiste. *Edition Masson. EMC - Médecine buccale* 2013; 8(3): 1-10.