

Université Constantine3
Faculté de médecine
Département de médecine dentaire

LES CELLULITES CIRCONSCRITES D'ORIGINE DENTAIRE

**Cours de pathologie et chirurgie buccales à l'usage des
étudiants de 3^{eme} année**

**DR S .YKHLEF .Service de pathologie et
chirurgie buccales**

Plan

INTRODUCTION

I- RAPPEL ANATOMIQUE DU TISSU CELLULAIRE:

I.1 REPARTITION

I.2 DENT ET RAPPORTS

II- ETIOPATHOGENIE :

II-1 LES CAUSES DETERMINANTES

II-2 LES CAUSES FAVORISANTES

II-3 PATHOGENIE :

III- ETUDE ANATOMO-CLINIQUE :

III-1 CELLULITES CIRCONSCRITES

III-1-1 LES FORMES EVOLUTIVES

A- CELLULITES AIGUES :

Cellulite séreuse

Cellulite suppurée

Cellulite gangréneuse

B- CELLULITES CIRCONSCRITES SUBAIGUES ET CHRONIQUES

Cellulite chronique

Cellulite actinomycosique

III-1-2 LES FORMES TOPOGRAPHIQUES

A- formes péri-mandibulaires

B- formes péri-maxillaires

IV- LE DIAGNOSTIC POSITIF

V-LE TRAITEMENT DES CELLULITES

V-1 LE TRAITEMENT PREVENTIF

V-2 LE TRAITEMENT CURATIF

V-2-1- TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

MOYENS MEDICAUX

MOYENS CHIRURGICAUX

V-2-2 TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

➤ TRAITEMENT CONSERVATEUR DE LA DENT

➤ TRAITEMENT NON CONSERVATEUR (extraction de la dent)

V-2-3 INDICATION

- CELLULITE SEREUSE
- CELLULITE SUPPUREE
- CELLULITE CHRONIQUE
- CELLULITE ACTINOMYCOSE

CONCLUSION

INTRODUCTION

les infections d'origine dentaire à savoir les cellulites sont des affections fréquentes et dont les formes cliniques sont très diverses. Dans la quasi-totalité des cas leurs évolutions sont favorables avec un bon traitement mais dans certains cas elles mettent en jeu le pronostic vital.

DEFINITION DES CELLULITES

Ce sont des infections du tissu adipeux localisées principalement dans les tissus mous sous-cutanés à point de départ dentaire ou péri-dentaire.

I. RAPPEL ANATOMIQUE DU TISSU CELLULAIRE:

I.1 REPARTITION:

On distingue deux parties de la face

❖ PARTIE SUPERIEURE DE LA FACE

- ✓ REGION NASALE: peu de tissu cellulaire de
- ✓ REGION ORBITAIRE: peu de tissu cellulaire

❖ PARTIE INFÉRIEURE:

- ❖ REGION LABIALE: peu ou pas de tissu cellulaire
- ❖ REGION MENTONNIÈRE: peu de tissu cellulaire
- ❖ REGION GENIENNE: entre le buccinateur et le masséter le tissu cellulaire forme la boule graisseuse de BICHAT
- ❖ REGION MASSETERINE: elle est constituée de tissu graisseux sous-cutané qui est plus ou moins développé
- ❖ REGION PAROTIDIENNE: de tissu graisseux sous-cutané qui est plus ou moins développé
- ❖ REGION TEMPORALE : elle est constituée de tissu cellulaire en continuité avec la boule graisseuse de BICHAT
- ❖ REGION PALATINE: absence de tissu cellulaire
- ❖ REGION DU PLANCHER BUCCAL: peu de tissu cellulaire



a -Boule graisseuse de BICHAT

b -coussin médian

1- Le masséter et son aponévrose

2- Muscle temporal son aponévrose

3- Muscle ptérygoidien et son aponévrose

4- Muscle buccinateur

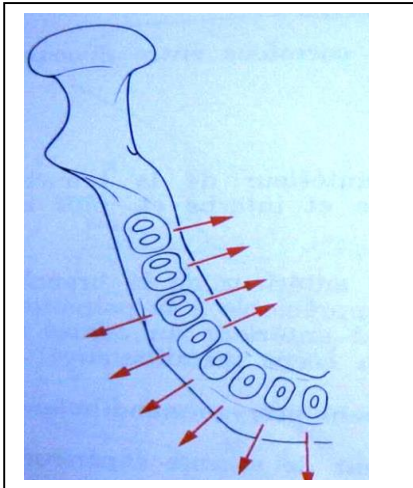
5- Muscle orbiculaire des lèvres

I.2 LES DENTS ET LEURS RAPPORTS ANATOMIQUES

I.2.1 Avec les tables osseuses :

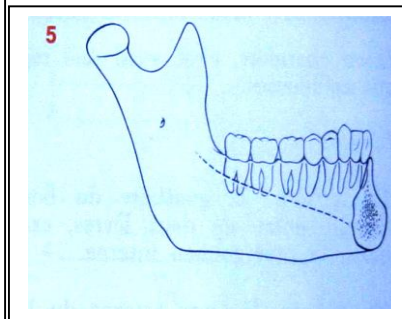
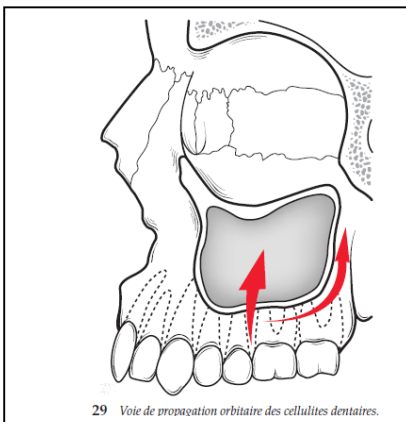
La zone de diffusion de l'infection dépend des rapports anatomiques entre les apex dentaires et les tables osseuses

➤ Dans le sens vestibulo-lingual



- a-Évolution interne au niveau molaire
- b-Evolution interne ou externe 1^{er}M et 2^{eme} PM
- c-Evolution externe au niveau :incisives ,canine,1^{ere} PM

➤ Dans le sens vertical



Niveau des apex par rapport:

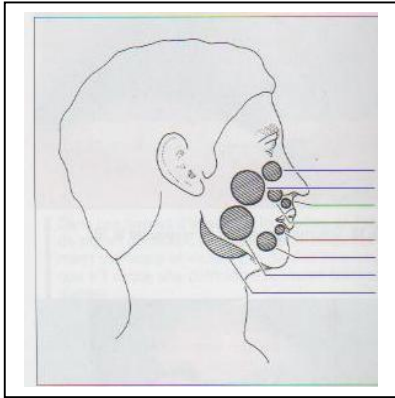
- Sinus maxillaire
- La ligne d'insertion du mylo-hyoidien

I .2.2 Avec la fibromuqueuse

La fibromuqueuse palatine est adhérente directement à l'os, on parle d'abcès sous périosté



I.2.3 Avec les loges celluluses p^érimaxillaires et p^érimandibulaire



D'origine dentaire supérieure

1-levre supérieure: incisive centrale

2-aile du nez : incisive latérale

3-fosse canine et angle interne de l'œil : canine

4-genienne haute: molaire et prémolaire

-d'origine dentaire inférieure

5-levre inférieure

6-region mentonnière

II- ETIOPATHOGENIE :

II-1 Causes dentaires

-Complication d'une carie dentaire ;mortification pulpaire

-Mortification a bas bruits (fêlure, fracture, contusion)

II-2 Causes périodontaires :

-Accident d'évolution de la dent de sagesse.

-Parodontolyse :nécrose àrthro

II-3 Causes iatrogènes :

-Traitement endodontique mal conduit.

-Reconstitution prothétique traumatisante

-Pose d'implant endo-osseux

II-3 PATHOGENIE :

*Germes en cause :

La flore responsable des cellulites est **poly microbienne : aérobie et anaérobie**

Aérobie : +++++ les cellulites circonscrites :

→ Streptocoques, Staphylocoques.

Anaérobies : +++++ les cellulites diffuses :

→ Corynébactéries, Actinomyces, Bactéroïdes et fusobactéries,
plus rarement : Pseudomonas ou Entérobactéries.

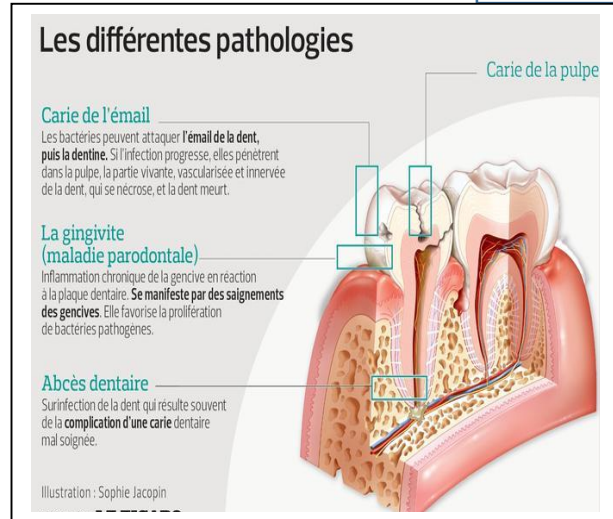
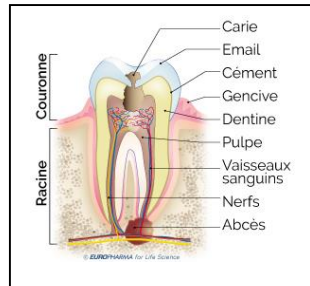
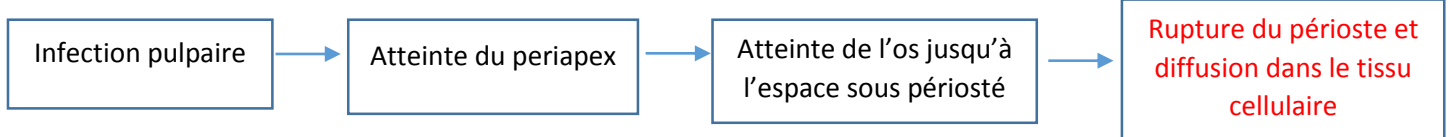
*Rôle de l'hôte :

Age, état général altéré (diabète,),malnutrition ,alcool, tabac ,

***Prise médicamenteuse :prise d'AINS peut aggraver l'infection**

*** Voies d'entrée : la propagation de l'infection se fait par :**

- Voie ostéo-périostée



- Voie lymphatique : dans les formes graves ; cellulite diffuse
- Voie directe

III- FORMES CLINIQUES :

III-1 CELLULITES CIRCONSCRITES

C'est une inflammation circonscrite bien limitée du tissu cellulaire, Nous distinguons deux types de cellulites circonscrites -les cellulites aiguës

- les cellulites chroniques

III.1.1 LES FORMES EVOLUTIVES

III.1.1.1 LES CELLULITES AIGUES

Cellulite s'œuse :

- ❖ C'est le premier stade de l'inflammation et de l'infiltration du tissu cellulaire
- ❖ Elle est caractérisée par une tuméfaction qui efface les méplats et comble les sillons de la face,
- ❖ La peau chaude tendue, rosée
- ❖ Une légère élévation de la température locale
- ❖ Le signe de GODET -
- ❖ L'examen endo-buccal révèle une muqueuse rouge en regard de la dent causale



- ❖ La radiographie montre une image radio-claire appendue à l'apex
 - ✓ Evolution se fait vers la guérison si le traitement de la dent causale est correct et adéquat
 - ✓ Vers la suppuration en absence de traitement

Cellulite suppurée

- ❖ C'est la formation d'une collection purulente
- ❖ Elle est caractérisée par des douleurs lancinantes, pulsatiles, irradiantes entraînant une insomnie
- ❖ Trismus plus ou moins serré
- ❖ Halitose, fièvre, asthénie
- ❖ L'examen exobuccal note :
 - ✓ Tuméfaction rouge : chaude, douloureuse, recouverte par une peau tendue et luisante
 - ✓ Une masse fluctuante traduisant la collection
 - ✓ Le signe de GODET +
- ✓ L'examen endobuccal note une gencive soulevée, rouge, purulente en regard de la dent causale.
- ✓ La radiographie oriente le diagnostic étiologique.
 - ✓ l'évolution se fait vers :
 - La guérison après traitement
 - La fistulisation spontanée cutanée ou muqueuse
 - La chronicité



Cellulite gangréneuse :

-Elles sont beaucoup plus rares, représentent la phase intermédiaire entre les cellulites circonscrites et les cellulites diffuses, caractérisée par une destruction tissulaire par nécrose, souvent due à des germes anaérobies.

-Signes généraux très marqués

-Crépitation neigeuse dues à la présence des germes anaérobies

Evolution : guérison avec traitement, et sans traitement la diffusion et sepsis

III.1.1.2 CELLULITES CIRCONSCRITES SUBAIGUES ET CHRONIQUES :

Cellulite chronique :

- **DEFINITION :** résulte d'un

- ❖ Traitement médical inadéquat d'une cellulite suppurée
- ❖ Un drainage insuffisant
- ❖ Traitement endodontique incomplet

➤ **CLINIQUE :**

- ❖ L'interrogatoire précise l'existence d'un épisode de cellulite aigüe traité tardivement ou incomplètement
- ❖ l'examen exobuccal note :
Un nodule indolore, adhérent à la peau mais mobilisable sur les plans sous-jacent.
Signes généraux absents
- ✓ l'examen endobuccal note :
 - ✓ le vestibule est soulevé en regard de la dent causale.
 - ✓ la radiographie oriente le diagnostic étiologique
- ✓ l'évolution se fait vers : la fistulisation

Cellulite actinomycosique :

C'est une forme particulière de cellulite chronique, donnant lieu à un abcès qui se fistulise, le germe responsable est l'actinomyces israeli (bactérie anaérobie).

Clinique :

- Sujet jeune avec mauvaise hygiène
- Tuméfaction ± sensible, tendue, mal limitée
- Localisation fréquente, l'angle mandibulaire
- Le pus qui s'écoule contient des grains jaunâtres
- le prélèvement bactériologique par écouvillonnage confirme le diagnostic

Evolution :

Elle se fait vers :

- Le ramollissement
- La fistulisation
- le réchauffement pour donner une cellulite subaiguë

III-1-2 LES FORMES TOPOGRAPHIQUES

A- Formes péri-mandibulaires :

- Cellulite génienne basse en rapport avec les prémolaires
- Cellulite vestibulaire inférieure en rapport avec les molaires inférieures
- Cellulite labiale inférieure en rapport avec les incisives inférieures.

- Cellulite masseterine : en rapport avec les dent de sagesse inférieures en position horizontale .
- Cellulite du plancher buccal
- Cellulite sus-mylohyoïdienne en rapport avec les prémolaires
- Cellulite sous –mylohyoïdienne en rapport avec les molaires inférieures

B- Formes péri-maxillaires :

- Cellulite vestibulaire en rapport avec les racines des molaires supérieures
- Cellulite génienne haute en rapport avec les canines , prémolaires, molaires
- Cellulite labiale supérieure et sous nasinaire en rapport avec les incisives centrales
- Cellulite ptérygo-maxillaires en rapport avec dent de sagesse supérieure
- Abscess palatin en rapport avec l'incisive latérale, 1^{ère} PM , 1M

IV- LE DIAGNOSTIC :

IV-1 LE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Un bilan radio-clinique est indispensable pour confirmer le diagnostic étiologique

IV-2 LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

Dans la région labiale supérieure et inférieure

- ❖ Un furoncle d'origine non dentaire
- ❖ Un kyste sébacé

Dans la région naso-génienne et génienne

- ❖ Une périonite par lithiase
- ❖ Un kyste sébacé infecté
- ❖ Une dacryocystite
- ❖ Une thrombophlébite de la veine faciale

Dans la région masséto-mandibulaire

- ❖ Une parotidite aiguë
- ❖ Dans la région mentonnière
- ❖ Une folliculite des poils de la barbe
- ❖ Kyste congénital sous mental

Dans la région ptérygo-mandibulaire

- ❖ Une thrombophlébite du plexus ptérygoïdien

Dans la région sus mylohyoïdienne

- ❖ Une cellulite d'origine lithiasique

Dans la région sous mylohyoïdienne

- * Une sous maxillite
- * Une tumeur maligne ou bénigne
- * Un adenophlegmon

➤ IV-3 LE DIAGNOSTIC POSITIF

- Il doit préciser le stade évolutif de la cellulite
- Le signe de godet, et la tendance à la limitation de l'œdème

- La radiographie confirme le diagnostic

V- LE TRAITEMENT DES CELLULITES

V-1 LE TRAITEMENT PREVENTIF

La prophylaxie intervient à deux niveaux :

- Prophylaxie de la carie dentaire, et d'autres facteurs responsables de la mortification pulpaire.
- Prophylaxie de la complication cellulo-infectieuse par un traitement d'une nécrose pulpaire.

V-2 LE TRAITEMENT CURATIF

V-2 -1 LE TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

*Moyens Médicaux

Il repose sur l'association antibiotiques –antalgiques et éviction des AINS

-L'association d'antibiotiques probabiliste , vise les streptocoques et les staphylocoques , ainsi que les germes anaérobies .

-On prescrit habituellement 2-3 g/j d'Amoxicilline associés à 1g /J de Métronidazole, ou Amoxicilline-Acide clavulanique 2-3g/J

-En cas d'allergie : la clindamycine 600*2 /J et du métronidazole

-La prescription d'antalgiques est adaptée à l'évaluation analogique de la douleur

-Bains de bouche pour faciliter le drainage des abcès

*MOYENS CHIRURGICAUX

On gardera en mémoire qu'aucune antibiothérapie ne peut guérir une suppuration collectée, une évacuation chirurgicale est donc nécessaire

- * Désinfection de la région
- * Anesthésie de contact
- * Incision franche , économe à l'endroit le plus déclive de la tuméfaction
- * Drainage par pression modérée
- * On introduit une pince de KOCHER pour élargir la cavité
- * Lavage répété avec une solution antiseptique
- * On maintient l'ouverture avec un drain ou lame de DELBET pendant -48 H

V.2.2 TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

-Drainage transcanalaire par ouverture de la chambre pulpaire pour soulager le patient et faciliter le drainage

-Extraction de la dent après refroidissement de l'infection

-Traitement conservateur de la dent dépend de :

- l'état général
- la profondeur de la cavité de la carie, et de l'atteinte parodontale
- l'hygiène bucco-dentaire du patient

V.2.3 INDICATION

- **CELLULITE SERIEUSE**
 - Traitement médical pour refroidir l'infection
 - Traitement étiologique de la dent causale
- **CELLULITE SUPPUREE**
 - Traitement médical
 - Drainage de la collection
 - Traitement étiologique de la dent causale
- **CELLULITE SUBAIGUE ET CHRONIQUE**
 - Traitement médical (en cas de forme subaiguë)
 - Drainage à la demande
 - Chirurgie plastique
 - Traitement étiologique de la dent causale
- **TRAITEMENT DE LA CELLULITE ACTINOMYCOSE :**
 - Pénicillines + Drainage,

CONCLUSION

Les cellulites d'origine dentaires bien que d'un diagnostic relativement facile. elles revêtent une prise en charge précoce, rapide et efficace pour prévenir des complications fâcheuses voir mortelles .

Bibliographie :

1-D échaume, Pr écis de stomatologie .Edition Masson 1979

2-Chirurgie maxilofaciale et stomatologie .Edition Elsevier
Masson .2017

3-Hauteville A,Cohen AS .Manuel d'odontologie .Edition Masson 1989

4-Lebreton G .Traité de s émiologie et clinique odonto
stomatologique .Edition CDP 1997

5-Soyris .Stomatologie .Edition Masson 1983

6-Robertson ,Smith AJ. The microbiology of the acute dental abscess.
J of medical microbiology 2009;58:155 -162

7-Frydman W.L.Abbaszadeh K.**Diagnosis and management of
odontogenic oral and facial infections..***Oral Health.* 2014; (Available at:
(Accessed March 9, 2016)

<http://www.oralhealthgroup.com/features/diagnosis-and-management-of-odontogenic-oral-and-facial-infections-william-l-frydman-dds-ms-frcd-c/>