



## Article Original

## Diagnostic, Traitement et Pronostic des Cellulites Cervico-Faciales à Yaoundé (Cameroun)

### *Diagnosis, treatment and prognosis of cervicofacial cellulitis in Yaounde-Cameroon*

Atanga Léonel Christophe<sup>1</sup>, Ngaba Mballa Olive Nicole<sup>1,2</sup>, Edouma Bohimbo Jacques<sup>2</sup>, Zingui Ndongo Ottou Marie Madeleine<sup>3</sup>, Njock Richard<sup>1</sup>

#### RÉSUMÉ

<sup>1</sup>Département d'Ophthalmologie-ORL-Stomatologie Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales ; Université de Yaoundé I

<sup>2</sup> Service d'oto-rhino-laryngologie, chirurgie cervicofaciale et chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital Central de Yaoundé

<sup>3</sup> Département de Chirurgie et Spécialités, Institut Supérieur de Technologies Médicales, Yaoundé

#### Auteur correspondant :

Atanga Léonel Christophe  
Département d'Ophthalmologie ORL-Stomatologie, FMSB/Uyl, Yaoundé, Cameroun  
Mail: [atangoleo@gmail.com](mailto:atangoleo@gmail.com)  
B.P. 337 Yaoundé-Cameroun

**Mots clés :** cellulites cervico-faciales, facteurs favorisants, incision/drainage, antibiothérapie.

**Key Words:** cervico-facial cellulitis, contributing factors, incision drainage, antibiotherapy.

**Introduction.** Le but de notre étude était de décrire les caractéristiques diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des cellulites cervico-faciales à Yaoundé. **Méthodologie.** Les dossiers des patients admis pour cette affection dans le service d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale entre Janvier 2014 et Décembre 2017 ont été revisités. Les données démographiques (âge, sexe), cliniques (facteurs favorisants symptômes, signes, porte d'entrée, localisation, caractère circonscrit/diffus, séreux/collecté) et thérapeutiques (traitement médicamenteux, chirurgical, leurs indications et résultats) ont été analysées. **Résultats.** Nous avons colligé 125 dossiers de patients dont 74 (59,2%) de sexe masculin, âgés en moyenne de 32 ans (1 à 55 ans). La porte d'entrée était dentaire dans 98 (74,2%) cas, cutanée dans 12 (8,1%) cas, traumatique dans 9 (7,2%) cas, sinusienne, pharyngée et otitique dans respectivement trois, deux et un cas. Une prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens avant l'admission était retrouvée chez 46,4% des patients. Les cellulites étaient circonscrites chez 36 (28,8%) patients et diffuses chez 89 (81,2%). Les localisations les plus fréquentes étaient géniennes (33%) et sous-mentales (32%). Séreuses chez 23 patients (18,4%), elles ont été traitées par antibiothérapie. Collectées chez 102 patients (81,6%) elles ont bénéficié d'un traitement chirurgical associé, faisant appel à une incision-drainage sous anesthésie locale dans 96% cas et sous anesthésie générale dans 4% des cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 3 jours (1 à 21 jours). Le taux de complications était de 20,8%. L'évolution a été favorable chez 112 (89,6%) patients. Le taux de mortalité était de 10,4%. **Conclusion.** Les cellulites cervico-faciales sont fréquentes dans notre service. Un traitement adéquat multidisciplinaire à un stade précoce améliore le pronostic.

#### ABSTRACT

**Objective.** The aim of our study was to describe clinical, diagnostic, therapeutic and prognostic aspects of cervico-facial cellulitis in Yaounde. **Methods.** Files of patients admitted for cellulitis in the otolaryngology unit of this hospital between January 2014 and December 2017 were reviewed. demographic (age, gender), clinical (contributing factors, symptoms, signs, port of entry, localisation, confined/diffused, serous/collected presentation), therapeutic (medical/surgical treatments. **Results.** We studied 125 patients among whom 74 (59.2%) were males. The mean age was 32 years (range: 1 to 55 years). Cellulitis was mostly odontogenic (74.2%). Other ports of entry were cutaneous (8.1%), traumatic (7.2%), sinus, pharyngeal and otitic in respectively three, two and one cases. Non-steroidal anti-inflammatory medication before admission was reported in 46.4% of patients. Cellulitis was limited in 28.8% of patients and diffused in 81.2%. Jugal (33%) and sub-mental (32%) localisations were the most common. cellulitis was serous in 18,4% of patients and was cured by antibiotherapy alone. Cellulitis was collected in 81.6% of patients; in this situation, a surgical treatment was done involving incision and drainage under local (96%) or general anesthesia (4%). The mean hospital stay was 3 days (1 to 21 days). The complication rate was 20.8%. The outcome was favourable in 89.6% of patients. The lethality rate was 10.4%. **Conclusion.** Cervicofacial cellulitis is a common affection in our setting. Adequate multidisciplinary treatment at an early stage should improve the prognosis.

**INTRODUCTION**

La cellulite cervico-faciale est une affection polymicrobienne du tissu cellulaire-adipeux du cou et de la face ayant une tendance extensive, engageant de fait le pronostic vital en l'absence d'une prise en charge appropriée [1]. Cette pathologie se distingue par son polymorphisme étiopathogénique, clinique, thérapeutique et pronostique. Ces caractéristiques varient ainsi d'une série à l'autre et selon qu'il s'agit de la pratique odontostomatologique et maxillo-faciale [2] ou otorhinolaryngologique [3].

Le but de cette étude était donc de décrire, dans un service d'otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-maxillo-faciale d'un hôpital de référence de deuxième catégorie à Yaoundé au Cameroun, les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des cellulites cervico-faciales tels que vécus dans la pratique quotidienne.

**POPULATION ET MÉTHODES**

L'étude était rétrospective et descriptive, portant sur les dossiers exploitables des patients ayant été traités pour une cellulite cervico-faciale dans le service d'oto-rhinolaryngologie et chirurgie cervico-maxillo-faciale de l'Hôpital Central de Yaoundé entre janvier 2014 et décembre 2017. Les données sur l'âge, le sexe, les facteurs favorisants, l'étiologie, le délai de consultation, les symptômes et les signes, la localisation, le stade clinique (séreuse ou collectée, diffuse ou circonscrite), les traitements institués et leur délai de mise en œuvre ainsi que le pronostic ont été collectées. Ces données ont été analysées grâce au logiciel SPSS 21.0. Les données quantitatives ont été représentées par leur mesure de tendance centrale à savoir la moyenne et les données qualitatives ont été représentées en pourcentage.

**RÉSULTATS**

Au total 125 dossiers de patients ont été retenus pour notre étude (31 cas en moyenne par an) parmi les 1096 hospitalisations recensées sur la période étudiée (figure 1). Les cellulites cervico-faciales constituaient donc 11,4% des hospitalisations.

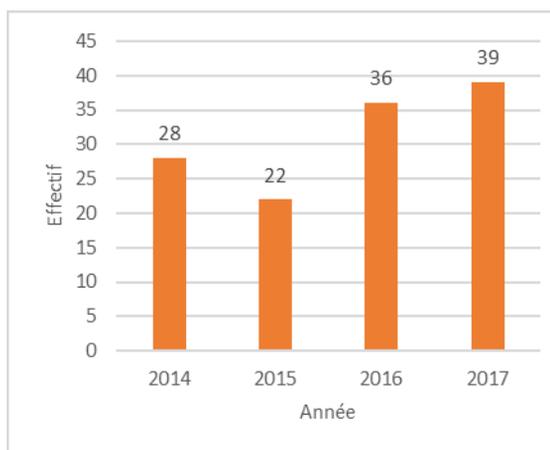


Figure 1 : Répartition des cas colligés selon les années de l'étude

**Caractéristiques épidémiologiques**

Il s'agissait de 74 patients de sexe masculin (59,2%) et 51 de sexe féminin (40,8%) soit un sex-ratio H : F de 1,4.

L'âge moyen était de 32 ans et la tranche [20-40] ans était la plus représentée avec en effectif 73 (58,4%) patients. La figure 2 présente la répartition de la population d'étude selon l'âge et le sexe.

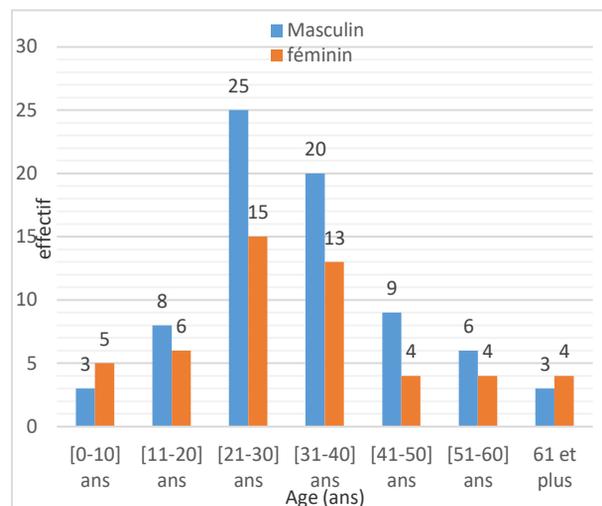


Figure 2 : Répartition de la population d'étude selon l'âge et le sexe

La mauvaise hygiène bucco-dentaire (61,6%), la consommation régulière d'alcool (57,6%) et la prise d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens (46,4%) étaient les principaux facteurs favorisants retrouvés dans la population d'étude (Tableau I).

**Tableau I : Répartition de la population d'étude selon les facteurs favorisants la cellulite**

Facteurs favorisants	N (%)
Mauvaise hygiène bucco-dentaire	77 (61,6)
Prise d'AINS	58 (46,4)
Antécédent de VIH	12 (9,6)
Antécédent d'alcool	72 (57,6)
Antécédent de tabac	23 (18,4)
Antécédent de diabète	10 (8)

**Aspects diagnostiques**

Le délai moyen de consultation après le début de la maladie était de 5 jours (étendue : 1 à 16 jours). La majorité des patients (61%) était référée d'autres structures sanitaires et seuls 39% des patients avaient consulté de leur propre initiative.

Le motif de consultation/référence était dominé par la tuméfaction (100%) associée à la douleur (98,2%) (Figure 3).



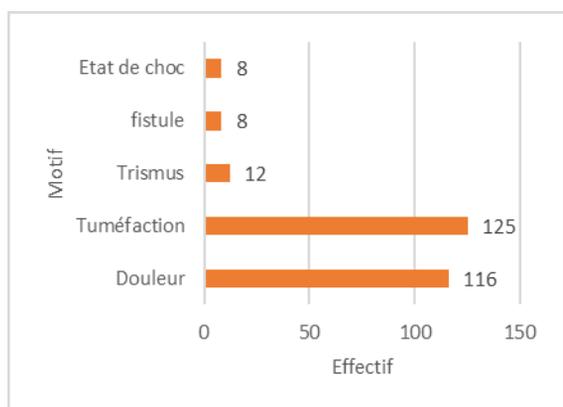


Figure 3: Répartition de la population d'étude selon les motifs de consultation/référence

A l'examen physique, l'état général était jugé altéré, moyen et bon chez respectivement 45 (36%), 61 (48,8%) et 19 (15,2%) patients. Hormis la tuméfaction, le trismus et la dysphagie (103 cas) étaient les signes les plus retrouvés (Tableau II).

Tableau II : Répartition des signes physiques dans la population d'étude

Signes	N (%)
Fièvre	55 (43,2)
Trismus	103 (82,4)
dyspnée	28 (22,4)
Crépitations	18 (14,4)
Dysphonie	60 (48)
dysphagie	103 (82)
Fistule	40 (32)

Par ailleurs, chez 40 patients, on notait une fistulisation spontanée cutanée (26 cas), muqueuse orale (8 cas) et cutanéomuqueuse (6 cas). Ces cellulites étaient circonscrites chez 36 (28,8%) patients et diffuses chez les 89 (71,2%) autres. Les localisations sous mentales (32%) et géniennes (33%) étaient les plus prévalentes (Figure 4).

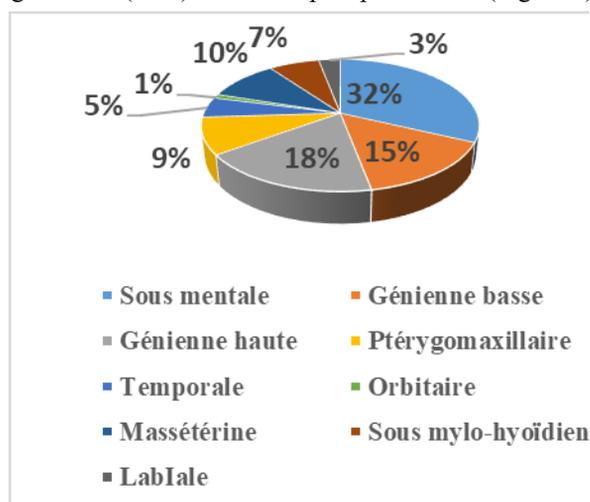


Figure 4: Répartition de la population selon le siège de la cellulite

Au plan étiologique, les cellulites odontogènes étaient les plus retrouvées (98 cas soit 78,4%). Les dents causales les plus incriminées étaient les molaires inférieures (56 cas soit 57,1%). Les autres étiologies sont répertoriées dans le Tableau III.

Tableau III : Répartition des étiologies de cellulite dans la population d'étude

Etiologies	N (%)
odontogènes	98 (78,4)
Traumatisme maxillo-facial	9 (7,2)
cutanée	12 (9,6)
Sinusite	3 (2,4)
Suppuration péri-pharyngée	2 (1,6)
Otite	1 (0,8)

Aspects thérapeutiques

Tous les patients étaient traités en hospitalisation. La durée moyenne du séjour était de 3 jours (étendue : 1 à 26 jours).

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement médical antibiotique et antalgique. Les corticoïdes par voie parentérale étaient associés chez 82 patients (65,6%). Le traitement médical seul a été suffisant dans 23 cas. Dans les 102 autres cas, il était complété par un traitement chirurgical faisant appel à une incision/drainage de la collection. Cette incision drainage était réalisée sous anesthésie locale dans 98 cas (96%) et sous anesthésie générale au bloc opératoire dans 4 (4%) cas.

Aspects pronostiques

L'évolution sous traitement était compliquée dans 26 cas (20,8%). Ces complications étaient dominées par l'extension loco-régionale de la cellulite (13 patients soit 10,4%). Quatre patients ont développé un choc septique, six une obstruction des voies aérodigestives supérieures et chez les 3 autres, l'évolution s'est faite vers une perte de substance cutanée élargie (figure 5).

Le taux de létalité était de 10,4% (13 patients).



Figure 5: Cellulite cervicale gangreneuse. Notez la nécrose cutanée importante source de perte de substance.

Source : iconographie du service d'ORL de chirurgie cervico, maxillo-faciale de l'Hôpital Central de Yaoundé

## DISCUSSION

Les cellulites cervico-faciales constituent toujours un sujet d'intérêt. A travers cette étude, nous avons voulu partager notre expérience dans la prise en charge de cette pathologie en décrivant ses aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques dans notre pratique quotidienne.

En 4 ans, nous avons colligé 125 cas soit une moyenne de 31 cas /an. Ce recrutement dépend en réalité des services et des centres hospitaliers concernés. Ainsi, l'incidence était de 26 cas/an dans la série de Njifou et al [4] en 2014, 25 cas/an dans celle de Tran Ba Huy [5] en 2011. Elle atteignait 132 cas/an dans l'étude de Kaba [6] au Gabon en 1998 menée dans un service de stomatologie. Comme dans l'étude de Njifou et al [4], les cellulites cervico-faciales représentaient le dixième des motifs d'hospitalisation de notre service.

Ces cellulites, dans notre série, étaient l'apanage du sujet masculin jeune dans la 3<sup>ème</sup> décennie. C'est cette tendance qui se dégage clairement de la littérature [7 - 8]. Ce fait s'expliquerait par une plus grande fréquence d'accident de la dent de sagesse à cet âge [9].

Ces cellulites se développent volontiers sur fond d'immunodépression. Ainsi, tabac, alcool, diabète, infection à VIH sont habituellement décrits comme dans notre série. Kpemissi et al [10] rapportait également la grossesse comme facteur favorisant. En outre, une prise antérieure d'anti-inflammatoires non stéroïdiens est fréquemment évoquée comme responsable de la diffusion de la cellulite à cause de la levée du goulot d'étranglement que constitue l'inflammation pour l'infection [3,4].

Les patients étaient vus relativement tard, probablement du fait de l'automédication et d'une mauvaise orientation lors de la consultation initiale. Aussi le délai moyen de consultation était de 5 jours, semblable à celui de la série d'El Ayoubi et al [11] et 2/3 des patients étaient référés d'autres structures. Le diagnostic positif était toutefois aisé, le tableau clinique dominé par une tuméfaction cervicale et/ou faciale inflammatoire, signe le plus décrit dans la littérature [12]. D'autres signes en rapport avec l'inflammation (trismus, fièvre) et l'extension cervicale (dysphagie, dyspnée) peuvent également être retrouvés en fonction de la localisation de la cellulite.

L'évolution naturelle de la cellulite se fait du stade pseudophlegmoneux (séreux) au stade phlegmoneux (collecté), ces stades pouvant être circonscrit ou diffus. Il existe également une forme dite gangreneuse, d'emblée extensive, qui est généralement le fait de germes anaérobies [13]. Comme dans notre étude, ce sont les formes collectées qui sont le plus décrits, du fait évidemment du retard de consultation souvent rapporté [8,9].

Le caractère prioritairement odontogène des cellulites est unanimement admis, les molaires inférieures plus sujets aux caries étant les principales dents incriminées [2, 3, 4, 14]. Ceci explique donc la prédominance comme dans notre étude, des localisations géniennes basses et sous-mentaires avant leur extension vers les espaces inter-

aponévrotiques du cou du fait de la pesanteur. Cependant d'autres étiologies qu'il faut savoir rechercher sont possibles notamment les infections pharyngées ou les traumatismes cervico-faciaux.

Le traitement des cellulites cervico-faciales est bien codifié. Il est médico-chirurgical associé au traitement de la porte d'entrée. Dans les formes séreuses, le traitement médicamenteux et de la porte d'entrée peut être suffisant [15] comme ce fut le cas dans notre série. Les antibiotiques utilisés font volontiers appel comme nous aux bêtalactamines et aux imidazolés qui sont associés dans plusieurs protocoles thérapeutiques [6, 7, 9, 11]. Le traitement chirurgical ne doit pas se limiter à un simple geste d'incision drainage mais il doit permettre l'écoulement purulent tant qu'il existe [16]. Ceci n'est rendu possible que par une incision large sous anesthésie générale au bloc opératoire avec mise à plat de toutes les poches de collection et lavage abondant. Ceci est très peu pratiqué dans nos pays -où il n'existe pas de système de sécurité sociale- et reste réservé aux cas sévères. Ainsi, comme dans les séries des Njifou et al [4], Diallo et al [9] ou encore Kpemissi et al [10] l'incision drainage au fauteuil était largement pratiquée dans les formes collectées au sein de notre service.

Le séjour en hospitalisation tout comme le pronostic varie en fonction de l'état initial du patient, du type et de la qualité de la prise en charge ainsi que de la réponse au traitement elle-même inhérentes aux tares sous-jacentes éventuelles. La durée d'hospitalisation comme pour nous, peut donc aller jusqu'à un mois [4,5]. Au plan pronostique, les cellulites cervico-faciales sont dotées d'une morbi-mortalité certaine. Les complications les plus décrites sont l'extension locorégionale de la cellulite avec médiastinite et les séquelles esthétiques en cas de drainage chirurgical [17]. La létalité varie selon les séries mais se situe en moyenne autour de 10%. Elle était de 10% dans notre série, 7,3% dans celle de Tran Ba Huy et al [5] et 12,7% dans celle de Hounké [7]. Elle peut atteindre 30% lorsque l'on ne considère que les formes extensives initiales [18]. Néanmoins avec une prise en charge précoce et pluridisciplinaire, le pronostic est favorable. Ce fut le cas dans notre série chez 80% des patients et jusqu'à 98% dans celle d'El Ayoubi et al [11].

## CONCLUSION

Les cellulites cervico-faciales constituent 1/10 des motifs d'hospitalisation dans le service d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-maxillo-faciale de l'Hôpital Central de Yaoundé. Apanage du sujet jeune entre la 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> décennie, on note une légère prédominance masculine. Leur diagnostic est clinique, devant une tuméfaction cervico-faciale inflammatoire. Ces cellulites sont majoritairement odontogènes, favorisée par une mauvaise hygiène bucco-dentaire. Leur extension locorégionale est surtout le fait de la prise préalable d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. Les formes collectées sont les plus fréquentes et le traitement est volontiers médico-chirurgical. L'évolution se fait dans 20% des cas vers des complications et la létalité est d'environ 10%. S'il est admis qu'un traitement bien conduit et appliqué précocement est susceptible

d'améliorer le pronostic, il n'en demeure pas moins que le meilleur traitement reste préventif.

## RÉFÉRENCES

- Rakotoarison R, Ramarozaton NP, Rakoto FA, Rakoto FG. Cellulites cervico-faciales : à propos de 41 cas. *Med buccale chir buccale* 2008; 14 (1): 35-9.
- Bengondo M, Bitra R, Avang NT, Mengong H, Bengono G. Cellulites et phlegmons d'origines dentaires au CHU de Yaoundé. *Odonto-stomatologie tropicale* 2006 ; 11(3) : 22-6.
- Miloundja J, Assini Eyogho SF, Mandji Lawson JM, Ondounda M, Koumba JS, Lekassa P, Inibend M, N'zouba L. Cellulites cervico-faciales diffuses. 32 cas vus à Libreville. *Sante* 2011 ; 21 : 153
- Njifou Njimah A, Essama L, Kouotou E A, Moby H, Mapoure Y, Motah M, Ndjock R. Cellulites cervico-faciales en milieu hospitalier camerounais. *Health Sci. Dis* 2014 ; 15 (1) : 1-4
- Tran Ba Huy P, Blancal JP, Verillaud B, Mabazaa A, Herman P. Les cellulites cervico-faciales une grave urgence ORL. *Bull Acad Natle Méd*, 2011 ; 195(3) : 661 -78.
- Kaba M, Cadot S, Miquel JL. Les cellulites périmaxillaires a l'hôpital provincial de Mouila. *Odonto-stomatologie Tropicale* 1998 ; 4 : 18-22
- Houkpe YYC, Oussa GB, Vodouhe SJ, Babagbeto MJ, Medji ALP, Bassabi SK. Les cellulites cervicofaciales à propos de 55 cas colligés dans les services d'ORL et d'Ophthalmologie du CNHU de Cotonou. *Médecine d'Afrique Noire* 1990 ; 1 : 37
- Ngapeth-Etoundi M, Itoua ES, Obounou A, Aragon Alma J. Complications infectieuses et périodentaires observées à l'hôpital central de Yaoundé (à propos de 161 cas). *Odonto-stomatologie tropicale* 2001 ; 3 : 32-8.
- Diallo OR, Balde NM, Conde B, Camara SAT, Bah AT. Les cellulites cervico-faciales chez le patient diabétique au CHU de Conakry. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 2006 ; 13(3) : 13-6.
- Kpemissi E. Cellulites cervico-faciales d'origine bucco-dentaire: Etude de 26 cas au CHU de Lomé *Rev Laryngol Oto-Rhinol.* 1995;116:195-7.
- Ayoubi AE, Ayoubi FE, Mas E et al. Cellulites cervico-faciales diffuses d'origine dentaire à propos de 60 cas. *Med buccale chir buccale* 2009 ; 15 (3) : 127- 35.
- Potard G, Marianowski R, Fortun C et al. Cellulites de la face et du cou : à propos de 13 cas. *J Fr ORL* 2000 ; 49 : 325-37.
- Benbouzid MA, Benhyammou A, EL Messaoudi A, Jazouli N, Kzadri M, Les cellulites cervico-faciales: à propos de 8 cas. *Espérance médicale.* 2004; 11 (102) : 86-90
- Benzarti S, Mardassi A, Ben MR et al. Les cellulites cervico - faciales d'origine dentaire. A propos de 150 cas. *J Tun ORL* 2007 ; 19 : 24-7.
- Rifki C, Rochd T. cellulites cervico- faciales circonscrites aigues d'origine dentaire. *Repère médical* 2009 ; 35 : 1 -9 .
- Ragot JP. Foyers infectieux dentaires et leurs complications. *Rev Prat* 1998 ; 48 : 1714-7
- Karengera D, Mir Mohammed Sadeghi H, Lambert S, Reychler H. Cellulites faciales odontogènes. *Actual Odonto-Stomatol* 1996 ; 195 : 395-407
- Keita M, Doumbia K, Diango D, Diallo M, Timbo SK, Ag Mohamed A. La cellulite cervicale extensive en milieu hospitalier sub-sahélien une pathologie oubliée ? Cas du Mali. *Médecine d'Afrique Noire* 2008 ; 55 (09) : 464-7