

Case report



Pyothorax compliquant une cellulite cervicale d'origine dentaire: à propos d'un cas

Adil Arrob, Khalid Tourabi, Abdeljalil Abouchadi

Corresponding author: Adil Arrob, Service de Chirurgie Plastique et Chirurgie Maxillo-Faciale, Hôpital Militaire Avicenne, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc. arrob.adil@gmail.com

Received: 19 Mar 2020 - **Accepted:** 30 May 2020 - **Published:** 15 Oct 2020

Keywords: Dentaire, cellulite, pyothorax

Copyright: Adil Arrob et al. PAMJ Clinical Medicine (ISSN: 2707-2797). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Cite this article: Adil Arrob et al. Pyothorax compliquant une cellulite cervicale d'origine dentaire: à propos d'un cas. PAMJ Clinical Medicine. 2020;4(68). 10.11604/pamj-cm.2020.4.68.22409

Available online at: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com//content/article/4/68/full>

Pyothorax compliquant une cellulite cervicale d'origine dentaire: à propos d'un cas

Pyothorax complicating cervical cellulitis of dental origin: a case report

Adil Arrob^{1,&}, Khalid Tourabi¹, Abdeljalil Abouchadi¹

¹Service de Chirurgie Plastique et Chirurgie Maxillo-Faciale, Hôpital Militaire Avicenne, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

&Auteur correspondant

Adil Arrob, Service de Chirurgie Plastique et Chirurgie Maxillo-Faciale, Hôpital Militaire Avicenne, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Résumé

Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire sont des infections des tissus cellulo-adipeux, de la face et du cou, ayant des potentialités extensives pouvant parfois être graves et engager le pronostic vital. La dissémination cervico-thoracique est favorisée par la parfaite continuité anatomique qui existe entre ces régions. Les premiers signes cliniques sont parfois discrets et peuvent conduire à un retard diagnostique. L'examen clé est la tomодensitométrie cervicale et thoracique. Le traitement consiste en un double drainage cervicale et thoracique associées à une antibiothérapie dirigée contre les germes aéro et anaérobies. Nous rapportons le cas d'un jeune patient de 30 ans,

tabagique, présentant une cellulite cervicale d'origine dentaire compliquée de pyothorax.

English abstract

Cervico-facial cellulitis of dental origin are infections of the adipose tissue, of the face and the neck, having extensive potentials which can sometimes be serious and life-threatening. Cervico-thoracic dissemination is favored by the perfect anatomical continuity that exists between these regions. The first clinical signs are sometimes blunt and can lead to a diagnostic delay. The key examination is cervical and thoracic computed tomography. The treatment is a double cervical and thoracic drainage associated with an antibiotic therapy directed against the aerobic and anaerobic germs. We report the case of a young 30-year-old smoking patient with cervical cellulitis of dental origin complicated by pyothorax.

Key words: Tooth, cellulitis, pyothorax

Introduction

Le pyothorax ou pleurésie purulente est défini par la présence entre les deux feuillets de la plèvre d'un liquide franchement purulent, ou bien d'un liquide louche ou clair mais contenant une majorité de polynucléaires altérés avec des germes à l'examen direct [1]. La cellulite cervico-médiastinale ou médiastinite nécrosante descendante (M.N.D) est une affection polymicrobienne qui résulte de l'extension d'un processus infectieux oropharyngé ou cervical vers le médiastin. L'absence de barrière anatomique entre la région cervicale et le médiastin d'une part et la virulence des germes en cause d'autre part, expliquent la rapidité de l'extension de l'infection et la gravité de cette pathologie.

Patient et observation

Il s'agit d'un patient âgé de 30 ans, tabagique chronique, admis aux urgences dans un tableau de

choc septique, chez qui l'interrogatoire trouve une notion de douleur dentaire et prise d'anti-inflammatoire non stéroïdiens. L'examen clinique à l'admission trouve un patient dyspnéique, fébrile, présentant un trismus serré avec mauvais état bucco-dentaire. La palpation cervicale ne trouve pas de tuméfaction ni de signes inflammatoires cutanées. Le bilan biologique initial montre une hyperleucocytose, une CRP élevée. La tomodensitométrie cervico-thoracique révèle la présence d'une collection hypodense fusant au niveau du voile du palais, région amygdalienne droite puis aux espaces retro-styliens, retro-pharyngés et prévertébrale gauche (Figure 1). Cette collection s'étend au médiastin avec un épanchement pleural gauche de grande abondance (Figure 2), d'où la réalisation d'une radiographie thoracique de face objectivant une pleurésie totale gauche (Figure 3). Le traitement associé, en plus des mesures de réanimations, un drainage thoracique avec évacuation d'un litre de pus et des prélèvements bactériologiques, un drainage cervical avec extraction de la dent causale (48) et une antibiothérapie probabiliste à base d'amoxicilline+acide clavulanique (1 g/8 heures) associé à 5-nitro-imidazolés (500 mg x 3/j) réajustée aux résultats de l'antibiogramme. L'évolution était favorable avec amélioration de signes cliniques et radiologiques.

Discussion

Les cellulites cervico-médiastinale sont des infections sévères, parfois nécrosantes, dont le diagnostic est difficile à un stade précoce. Souvent consécutives à une infection banale, pharyngée ou dentaire, elles diffusent le long des espaces aponévrotiques de la face et du cou vers le médiastin. Elles mettent en jeu le pronostic vital en l'absence d'une prise en charge multidisciplinaire rapide [2]. L'exploration para-clinique se fait essentiellement par le scanner cervico-thoracique. Une fois le diagnostic posé et confirmé par la tomodensitométrie, une antibiothérapie probabiliste, associée à des mesures de réanimation (remplissage vasculaire, correction

d'une défaillance viscérale), doit être instauré d'emblée après des prélèvements bactériologiques au niveau du site infectieux primitif [3]. Le principe du traitement chirurgical de la MND (Motor neuron disease) est l'évacuation de toutes les collections purulentes cervicales et médiastinale, le débridement et l'excision des tissus nécrosés, le drainage des différentes logettes résiduelles et le traitement du foyer infectieux primitif. La durée de l'antibiothérapie varie selon la gravité de l'infection initiale et surtout l'évolution du patient [4]. La place de l'oxygénothérapie hyperbare est discutée et n'a pas été évaluée de façon randomisée [5]. Il n'y a pas de signe clinique spécifique de la MND.

Le plus souvent le diagnostic est évoqué avec retard, devant un tableau septique grave et une porte d'entrée dentaire ou oro-pharyngée retrouvée à l'examen clinique. Un choc septique peut survenir d'emblée avec un syndrome de détresse respiratoire aigu ou une défaillance multi viscérale associée. Les complications sont multiples. Ce sont principalement : la pleurésie purulente et la péricardite aiguë [6]. Le traitement des pyothorax doit répondre à certaines exigences : juguler l'infection, évacuation de l'épanchement, retour du poumon à la paroi et traitement d'une cause éventuelle. Le choix de la méthode d'évacuation de l'épanchement dépend essentiellement du stade évolutif du pyothorax au moment de la prise en charge et de l'état clinique du patient, notamment sa capacité à subir un geste chirurgical : 1) en cas de diagnostic précoce, une rémission complète peut être obtenue par l'institution d'une antibiothérapie adaptée, d'un drainage lavage efficace, optimisé par un débridement thoracoscopique et une kinésithérapie intensive ; 2) à un stade tardif avec passage à la chronicité et installation d'une pachypleurite épaisse, des procédés plus invasifs (décortication, thoracostomie, thoracoplastie, mycoplastie) sont indiqués.

Conclusion

Les cellulites cervicales sont des affections graves nécessitant un traitement urgent et une prise en charge médicochirurgicale pluridisciplinaire. Le pronostic est lié essentiellement au terrain ; la précocité et l'efficacité du traitement initial, dont l'isolement des germes en cause, constitue une étape déterminante.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à ce travail. Ils ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: image scanographique cervicale sans injection de produit de contraste iodé des collections hypodenses retro-pharyngée et sous mandibulaire droite

Figure 2: tomodensitométrie thoracique montrant les collections médiastinale et pulmonaire

Figure 3: radiographie thoracique de face montrant pleurésie totale gauche

Références

1. Fantin B, Touaty E. Pleurésies purulentes. *Encycl Méd Chir, Poumon*. 1988; 6041: A1-15.
2. Blancal JP, Kania R, Sauvaget E, Huy PTB, Mateo J, Guichard JP, Herman P. Prise en charge des cellulites cervico-faciales en réanimation. *Réanimation*. 2010;19(4): 297-303. **Google Scholar**

3. Smati B, Boudaya MS, Marghli A, Ziadi J, Abdid M, Ourghi S *et al.* La prise en charge des médiastinites nécrosantes descendantes. *Chirurgie Thoracique Cardio-Vasculaire.* 2007;11: 53-57.
4. Bédos JP. Necrotising cutaneous infections and necrotizing fasciitis: what antibiotic agents to use and how? In *Annales francaises d'Anesthesie et de Reanimation.* 2006 Sep;25(9): 982-5. **Google Scholar**
5. Flanagan CE, Daramola OO, Maisel RH, Adkinson C, Odland RM. Surgical debridement and adjunctive hyperbaric oxygen in cervical necrotizing fasciitis. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery.* 2009;140(5): 730-734. **PubMed| Google Scholar**
6. Doddoli C, Trousse D, Avaro JP, Djourno XB, Jaussa Doddoli C, Trousse D *et al.* Traitement des médiastinites descendantes nécrosantes aiguës. *Encycl Méd Chir (techniques chirurgicales-thorax).* 2009;42: 182.

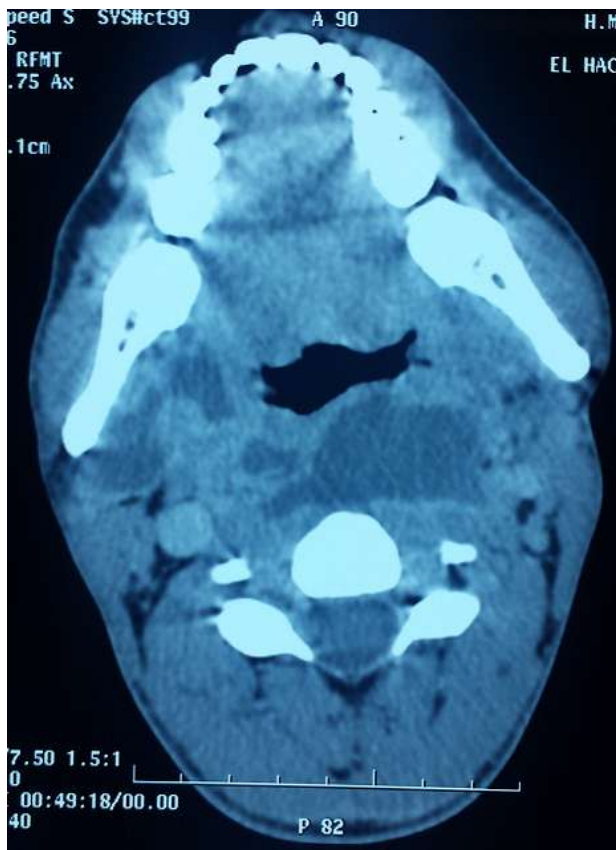


Figure 1: image scanographique cervicale sans injection de produit de contraste iodé des collections hypodenses retro-pharyngée et sous mandibulaire droite

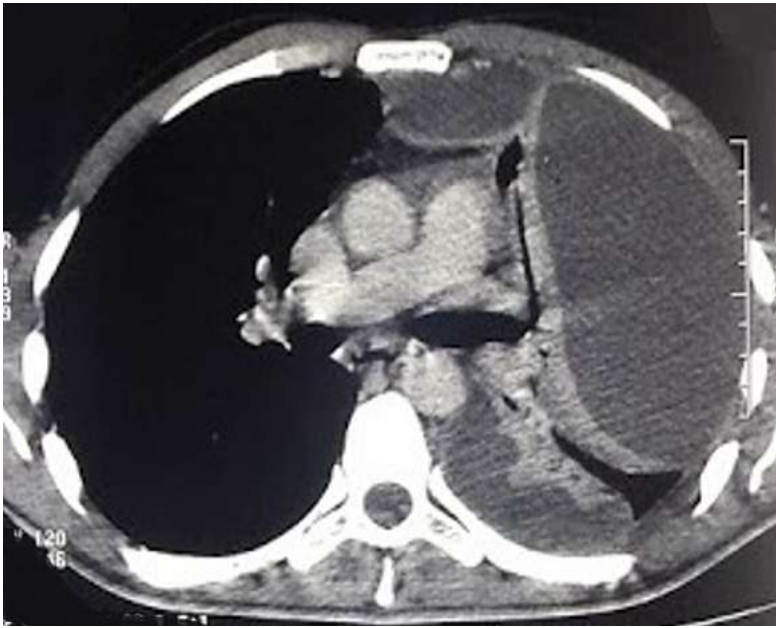


Figure 2: tomodensitométrie thoracique montrant les collections médiastinale et pulmonaire



Figure 3: radiographie thoracique de face montrant pleurésie totale gauche