

Les cellulites cervico-faciales chez le diabétique

Cervicofacial cellulitis in diabetic patients

A.-H. Dédjan, N.-E. Haraj,
S. El Aziz, A. Chadli

Service d'endocrinologie, diabétologie
et maladies métaboliques. CHU Ibn Rochd,
Casablanca, Maroc.

Résumé

Les cellulites cervico-faciales sont des infections des parties molles du cou et de la face. Le diabète est un des facteurs prédisposant. Le but de notre travail est de décrire les particularités cliniques, bactériologiques et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales chez les patients diabétiques. Il s'agit d'une étude descriptive analytique incluant tous les malades diabétiques hospitalisés au service d'endocrinologie et diabétologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca (Maroc) pour cellulite cervico-faciale durant 3 années, de juin 2012 à juin 2015. Les variables étudiées concernaient principalement l'âge, le sexe, le type de diabète, l'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}), les signes cliniques, le facteur déclenchant, le germe isolé au prélèvement bactériologique, le traitement et l'évolution. Au total, 17 patients (9 femmes, 8 hommes) avec cellulite cervico-faciale ont été hospitalisés durant la période étudiée. L'âge moyen était de 45 ans. Ils étaient tous en déséquilibre glycémique chronique et admis en cétose ou acidocétose dans un contexte fébrile et d'altération de l'état général. La majorité des lésions était d'origine dentaire. Les lésions correspondaient essentiellement à des tuméfactions inflammatoires à type d'empatement cervico-facial douloureux. L'examen bactériologique, réalisé chez tous les patients, n'a révélé de germes que dans 5 cas. La tomodensitométrie cervico-thoracique a permis de faire le bilan d'extension, d'orienter la conduite thérapeutique et le suivi. Le traitement a consisté en une insulinothérapie intensifiée, une réhydratation, une antibiothérapie et un drainage avec mesures de réanimation. Une prise en charge multidisciplinaire précoce s'avère indispensable pour limiter les complications.

Mots-clés : Diabète – cellulite cervico-faciale – déséquilibre glycémique chronique – soins multidisciplinaires – Maroc.

Summary

Cervicofacial cellulitis are infections of the soft parts of the neck and the face. Diabetes mellitus is one of the most common predisposing factors. The aim of our work is to describe epidemiological, clinical, paraclinical, and therapeutic features of cervicofacial cellulitis.

It is a descriptive analytical survey including all diabetic patients admitted at Ibn Rochd University hospital of Casablanca (Morocco), diabetes and endocrinology unit, for cervicofacial cellulitis, between June 2012 and June 2015. Variables studied concerned mainly age, sex, diabetes type, glycated hemoglobin A1C, clinical signs, triggering factors, isolated germ, treatment, and evolution.

A total of 17 patients (9 women, 8 men) were admitted in our department for cervicofacial cellulitis during this period. Mean age was 45 years. All patients had a poor glycemic control and were admitted in ketosis or ketoacidosis with fever and bad general condition. Majority of the infections had dental origin. Damages were mainly in the form of inflammatory swelling and painful cervicofacial thickening. Bacteriological testing done in all patients revealed germs in 5 cases only. A cervicothoracic CT-scan allowed to do an extension assessment, assisted for treatment and follow up. Panoramic Rx

Correspondance

A.-Hubert Dédjan
Service d'endocrinologie,
diabétologie et maladies métaboliques.
CHU Ibn Rochd
20360 Casablanca – Maroc
hdedjan@yahoo.fr

« Certains aspects cliniques du diabète »

was needed when dental origin was suspected. Treatment was based on intensified insulin therapy, rehydration, antibiotic treatment, drainage, and intensive care. A rigorous multidisciplinary approach is necessary to limit the risk of severe complications.

Key-words: Diabetes – cervicofacial cellulitis – poor glycemic control – multidisciplinary care – Morocco.

Introduction

- Les cellulites cervico-faciales sont des infections des parties molles du cou et de la face. Le diabète est l'un des facteurs prédisposant fréquemment retrouvé [1, 2]. Leur gravité réside dans la compression des voies aériennes et la diffusion de l'infection à l'étage endocrânien et au médiastin le long des espaces aponévrotiques, avec risque de décès. Leur prise en charge précoce médicochirurgicale et multidisciplinaire permet l'obtention de meilleurs résultats [3].
- Le but de notre travail est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales.

Patients et méthode

Il s'agit d'une étude descriptive analytique incluant tous les malades diabétiques hospitalisés au service d'endocrinologie et diabétologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca (Maroc) pour cellulite cervico-faciale durant 3 années, de juin 2012 à juin 2015. Les variables étudiées concernaient principalement l'âge, le sexe, le type de diabète, l'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}), les signes cliniques, les facteurs déclenchants, le germe isolé, le traitement, et l'évolution.

Résultats

Caractéristiques épidémiologiques

Au total, 17 patients (9 femmes, 8 hommes) ont été hospitalisés pour une cellulite cervico-faciale durant cette période. L'âge moyen était de 45 ± 15 ans. On note que 59 % des patients

étaient diabétiques de type 2, et 41 % diabétiques de type 1. L'ancienneté moyenne du diabète était de 7,7 ± 5,0 années. Tous les patients étaient en déséquilibre glycémique chronique, avec une HbA_{1c} moyenne de 11 ± 2 %. La durée moyenne séparant la symptomatologie de la première consultation était de 13 jours. Une automédication à base d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et d'antibiotiques était retrouvée chez 72 % des patients

Caractéristiques cliniques

Les patients étaient tous admis en cétose ou acidocétose, dans un contexte fébrile et d'altération de l'état général pour la plupart ; dix cas des lésions étaient d'origine dentaire (abcès dentaire, ou extraction traditionnelle des dents à la maison par des non-professionnels), un cas d'origine amygdalienne, deux cas d'origine parotidienne, deux cas à partir de furoncles manipulés et, dans deux cas, l'origine n'a pas pu être déterminée. Les lésions se présentaient essentiellement sous forme de tuméfaction inflammatoire à type d'empâtement cervico-facial douloureux, associé parfois à un torticolis, un trismus, une dysphagie et/ou à un emphysème de la face (tableau 1 ; figures 1 et 2).

Aspects paracliniques

- On retrouvait une hyperleucocytose à prédominance neutrophile, une augmentation de la protéine C-réactive (CRP).
- L'examen bactériologique, réalisé chez tous les patients, n'a révélé de germes que dans cinq cas. Il s'agissait dans un cas de *Staphylococcus aureus*, dans un cas d'association *Staphylococcus aureus* et *Acinetobacter baumannii*, dans un cas de *Bactéroïdes fragilis*, et de deux cas de Streptocoque A.
- La tomodensitométrie (TDM) cervico-thoracique a noté des lésions variables,



Figure 1. Cellulite sous-oculaire, génienne et labiale gauche.



Figure 2. Cellulite génienne gauche.



Figure 3. Tomodensitométrie révélant un phlegmon parotidien compliqué de cellulite.

souvent associées : importante infiltration des parties molles et des graisses du tissu sous-cutané, un épanchement pleural, des collections et des bulles d'air (figure 3). La radiographie panoramique de la face, réalisée chez dix patients, a mis en évidence des clartés radiculaires dentaires chez plusieurs patients.

Traitement

Les patients ont bénéficié d'une insulinothérapie intensifiée, de réhydratation, d'un drainage en ORL, d'une hospitalisation en réanimation, d'une tri-antibiothérapie intraveineuse probabiliste au départ, basée sur une association amoxicilline/acide

Tableau I. Patients étudiés et caractéristiques cliniques.

Patients	Sexe	Âge (ans)	Type de diabète	Ancienneté du diabète (années)	HbA _{1c} (%)	Lésion initiale	Description clinique
1	H	57	DT2	20	10	Furoncle manipulé	Cellulite de la nuque
2	H	31	DT1	9	10,9	Carie dentaire	Cellulite génienne gauche
3	F	36	DT1	8	8	Carie dentaire	Abcès dentaire fistulisé
4	H	45	DT2	2	10,7	Carie dentaire	Cellulite génienne droite
5	H	53	DT2	9	7,8	Carie dentaire	Cellulite cervicale antérieure
6	F	65	DT2	10	11,3	Amygdalite	Cellulite sous-mandibulaire
7	F	26	DT1	6	12	Carie dentaire	Cellulite génienne droite
8	F	27	DT1	4	13	Carie dentaire	Cellulite génienne gauche
9	H	61	DT2	7	11	Carie dentaire	Cellulite génienne gauche
10	F	48	DT2	6	12	Furoncle manipulé	Cellulite du haut du dos et du cou
11	H	62	DT2	0	10	Abcès parotidien	Cellulite sous-mylohyoïdienne
12	F	38	DT2	5	14	Carie dentaire	Cellulite cervicale antérieure
13	H	31	DT1	6	11	Carie dentaire	Cellulite mentonnière
14	F	20	DT1	8	9,2	Inconnue	Cellulite labiale supérieure
15	F	38	DT1	14	13	Carie dentaire	Cellulite sous-oculaire, génienne et labiale gauche
16	F	65	DT2	10	12	Inconnue	Cellulite péri-oculaire gauche
17	H	64	DT2	7	13	Phlegmon parotidien	Cellulite cervicale

HbA_{1c} : hémoglobine glyquée ; M : homme ; F : femme ; DT1 : diabète de type 1 ; DT2 : diabète de type 2.

clavulanique ou la ceftriaxone associée à du métronidazole et à la gentamycine, puis adaptée par la suite en fonction de l'antibiogramme.

Évolution

L'évolution a été marquée par une amélioration clinique, biologique, et radiologique des lésions. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 15 jours. Aucun cas de décès n'a été enregistré.

Discussion

• L'âge moyen de notre série est de 45 ans. Ceci est comparable aux âges moyens de 41 à 46 ans rapportés par quelques auteurs [3, 4]. L'âge moyen un peu plus élevé dans notre série

s'expliquerait par le fait que la majorité des patients étaient diabétiques de type 2. Pour certains auteurs qui ont rapporté

des cas survenus dans la population générale, l'âge moyen varie entre 21 et 33 ans [5-8]. Il ressort donc que les cellulites cervico-faciales demeurent une pathologie de l'adulte jeune. En revanche, pour d'autres auteurs, les âges moyens étaient plus élevés, de 51 à 56 ans [9-12]. On note une légère prédominance féminine, retrouvée par d'autres auteurs [5, 9, 12, 13]. Cette prédominance féminine dans notre série serait liée à la forte proportion des femmes, 70 %, parmi nos malades hospitalisés.

• Dans les antécédents, une automédication aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) est retrouvée dans 72 % des cas ; cette importante utilisation des AINS est similaire aux observations de plusieurs études. Ainsi, on remarque des prévalences de 48,3 à 87,5 % [5, 6, 9]. Les AINS favorisent une diffusion rapide de l'infection et l'atténuation des signes inflammatoires avec, comme corollaire, un recours tardif aux soins. Ces patients diabétiques étaient tous en déséquilibre chronique (HbA_{1c} moyenne : 11 %), ce qui explique l'immunosuppression liée à l'altération des fonctions phagocytaires des leucocytes favorisant l'infection. De même, dans les cas de cellulite cervico-faciale rapportés dans la population générale, il est retrouvé une proportion de 2 à 72 % de personnes diabétiques [5-9, 12, 14] ; les autres facteurs favorisants également décrits dans la littérature sont : l'infection rétrovirale, la dénutrition, l'alcool, le tabac, ainsi que les terrains de greffe cardiaque, splénique, ou rénale.

Les points essentiels

- Les cellulites cervico-faciales demeurent une pathologie de l'adulte jeune, se manifestant par une forme pseudo-phlegmoneuse ou par une forme gangréneuse plus grave.
- La porte d'entrée principale retrouvée est l'origine dentaire, notamment chez le patient diabétique déséquilibré.
- L'automédication aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens est fréquente, entraînant un recours tardif aux soins en raison de l'atténuation induite des signes inflammatoires.
- La tomodensitométrie cervico-thoracique permet de faire le bilan d'extension et d'orienter la thérapeutique.
- Le traitement – urgent – repose sur une antibiothérapie probabiliste initiale, ensuite adaptée à l'antibiogramme, un drainage, une insulinothérapie intensive avec réhydratation.
- Une prise en charge multidisciplinaire s'avère nécessaire afin d'en limiter les complications, telles que les thrombophlébites ou les médiastinites.

« Certains aspects cliniques du diabète »

- Les portes d'entrée dans notre étude sont essentiellement dentaire (59 %), mais également parotidienne (12 %), cutanée (12 %), amygdalienne (5 %), ou inconnue (12 %). D'autres portes d'entrée sont également décrites : sinus maxillaire, auriculaire, thyroïdienne [6, 8]. Il faut noter que l'origine dentaire est identifiée comme première porte d'entrée par plusieurs auteurs, avec des prévalences variant de 66 à 88 % [3, 5, 6, 13].

- Le diagnostic de la cellulite cervico-faciale est clinique, et regroupe tous les signes identifiés chez nos malades. On décrit deux formes cliniques [5] :

- la forme pseudo-phlegmoneuse, plus fréquente, qui se caractérise par une tuméfaction cervico-faciale inflammatoire d'évolution insidieuse ;

- la forme gangreneuse ou gazeuse, qui se caractérise par des signes généraux très marqués, d'évolution plus rapide, une crépitation neigeuse sous-cutanée avec des phlyctènes et des nécroses, une odeur nauséabonde du pus, et une atteinte médiastinale. Cette dernière se manifeste par une inflammation de la peau cervicale, une détresse respiratoire sans dyspnée laryngée, des troubles du rythme cardiaque et une défaillance cardiaque [9]. D'autres complications sont décrites : un déficit des nerfs crâniens, des hémorragies et des thrombophlébites [8]. Dans notre série, nous avons noté un cas de médiastinite.

- La multiplicité des germes en cause est reconnue, mais, le plus souvent, il s'agit de germes anaérobies saprophytes de la cavité oropharyngée [8]. Les résultats bactériologiques sont comparés à ceux obtenus par d'autres auteurs dans le *tableau II*. Il s'ensuit que les prélèvements sont en majorité stériles.

- La TDM cervico-thoracique permet de faire le bilan d'extension, de différencier les deux formes de cellulite cervico-faciale, d'orienter la conduite thérapeutique et le suivi. C'est l'examen de choix ; sa réalisation doit être systématique, lorsque réalisable. Elle a permis de révéler dans notre série des infiltrations des parties molles et des graisses, des collections, des bulles d'air, et un épanchement pleural

Tableau II. Comparaison des germes identifiés à ceux d'autres études.

Germes isolés	Notre série	El Ayoubi et al. [5]	Rakotoarison et al. [6]	Bennani-Baïti et al. [7]
	Total = 17	Total = 10	Total = 15	Total = 70
<i>Staphylococcus aureus</i>	1		4	
<i>Streptocoque A</i>	2	4	4	
<i>Bactéroïdes fragilis</i>	1			
<i>Staphylococcus aureus</i> + <i>Acinetobacter baumannii</i>	1			
Anaérobies				
<i>Klebsiella pneumoniae</i>		1		
<i>Pseudomonas aeruginosae</i>				
<i>Klebsiella pneumoniae</i> + <i>Acinetobacter baumannii</i>				
<i>Escherichia coli</i>				
<i>Enterobacter cloacae</i>				
<i>Aerococcus viridens</i>				
<i>Klebsiella ozaenae</i>		1		
<i>Arcanobactérium</i>		1		
Flore polymicrobienne		3		
Cocci gram+, bacille gram+ et/ou gram-				10
Stérile	12	0	7	60

gauche. Ces résultats sont retrouvés par d'autres auteurs [5, 8, 9]. Par ailleurs, Righini *et al.* [9] ont rapporté, en plus de ces résultats, deux cas d'infiltration de la loge hyothyroépiglottique, et un cas de collection de la loge thyroïdienne.

La radiographie panoramique est indiquée, une fois l'origine dentaire soupçonnée. Elle permet d'identifier une radio-transparence péri-apicale, une péri-coronaire, ou une affection parodontale [6].

- Enfin, le traitement doit être précoce et entrepris aussitôt que possible. Il repose sur l'insulinothérapie intensifiée, la réhydratation, l'antibiothérapie, et le drainage, suivis des mesures de réanimation. Nous utilisons généralement, en première intention et par voie intraveineuse, l'amoxicilline/acide clavulanique ou de la ceftriaxone, associée à du métronidazole et à la gentamycine. Cette antibiothérapie est, par la suite, adaptée à l'antibiogramme s'il permet une orientation. Ce choix probabiliste des antibiotiques a été fait par plusieurs auteurs, avec des résultats satisfaisants [9, 15]. Il n'y a toutefois pas de consensus quant à la durée du traitement par voie veineuse ; la durée dépend de

l'évolution de l'état général et local des lésions.

Conclusion

Les cellulites cervico-faciales constituent une affection grave. Le déséquilibre glycémique chronique constaté chez nos patients diabétiques jouerait un rôle certain dans leur survenue. Une prise en charge multidisciplinaire précoce s'avère indispensable pour limiter les complications [3]. La prévention passe par un équilibre glycémique satisfaisant, des soins dentaires réguliers, et une consultation sans délai – et sans automédication – face à toute infection de la sphère ORL chez le patient diabétique.

Déclaration d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec cet article.

Références

- [1] Flanagan CE, Daramola OO, Maisel RH, et al. Surgical debridement and adjunctive hyperbaric oxygen in cervical necrotizing fasciitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009;140:730-4.
- [2] Leyva P, Herrero M, Eslava JM, Acero J. Cervical necrotizing fasciitis and diabetic ketoacidosis: literature review and case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2013;42:1592-5.
- [3] Bahu SJ, Shibuya TY, Meleca RJ, et al. Craniocervical necrotizing fasciitis: an 11-year experience. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;125:245-52.
- [4] Mohammedi I, Ceruse P, Duperré S, et al. Cervical necrotizing fasciitis: 10 years' experience at a single institution. *Intensive Care Med* 1999;25:829-34.
- [5] El Ayoubi A, El Ayoubi F, Mas E, et al. Cellulites cervico-faciales diffuses d'origine dentaire : à propos de 60 cas. *Med Buccale Chir Buccale* 2009;15:127-35.
- [6] Rakotoarison RA, Ramarozatovo NP, Rakoto FA, Rakotovo FJ. Cellulites cervico-faciales : à propos de 41 cas. *Med Buccale Chir Buccale* 2008;14:35-9.
- [7] Bennani-Baïti AA, Benbouzid A, Essakalli-Hossyni L. Cervicofacial cellulitis: The impact of non-steroidal anti-inflammatory drugs. A study of 70 cases. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2015;132:181-4.
- [8] Rouadi S, Ouaiissi L, El Khiati R, et al. Les cellulites cervico-faciales à propos de 130 cas. *Pan Afr Med J* 2013;14:88.
- [9] Righini CA, Motto E, Ferretti G, et al. Cellulites cervicales extensives et médiastinite descendante nécrosante. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2007;124:292-300.
- [10] Barnabé D, Briche T, Raynal M. Les cellulites cervicales. *Rev Off Soc Fr ORL Chir Cervicofac* 2003;77:8-12.
- [11] Potard G. Cellulites de la face et du cou. *Rev Off Soc Fr ORL Chir Cervicofac* 2000;64:11-26.
- [12] Lee JW, Immerman SB, Morris LG. Techniques for early diagnosis and management of cervicofacial necrotizing fasciitis. *J Laryngol Otol* 2010;124:759-64.
- [13] Kpemissi E. Cellulites cervico-faciales d'origine bucco-dentaire. Étude de 26 cas au CHU de Lomé. *Rev Laryngol Oto-Rhinol* 1995;116:195-7.
- [14] Lin C, Yeh FL, Lin JT, et al. Necrotizing fasciitis of the head and neck: an analysis of 47 cases. *Plast Reconstr Surg* 2001;107:1684-93.
- [15] Blancal JP, Kania R, Sauvaget E, et al. Prise en charge des cellulites cervicofaciales en réanimation. *Réanimation* 2010;19:297-303.