

Introduction

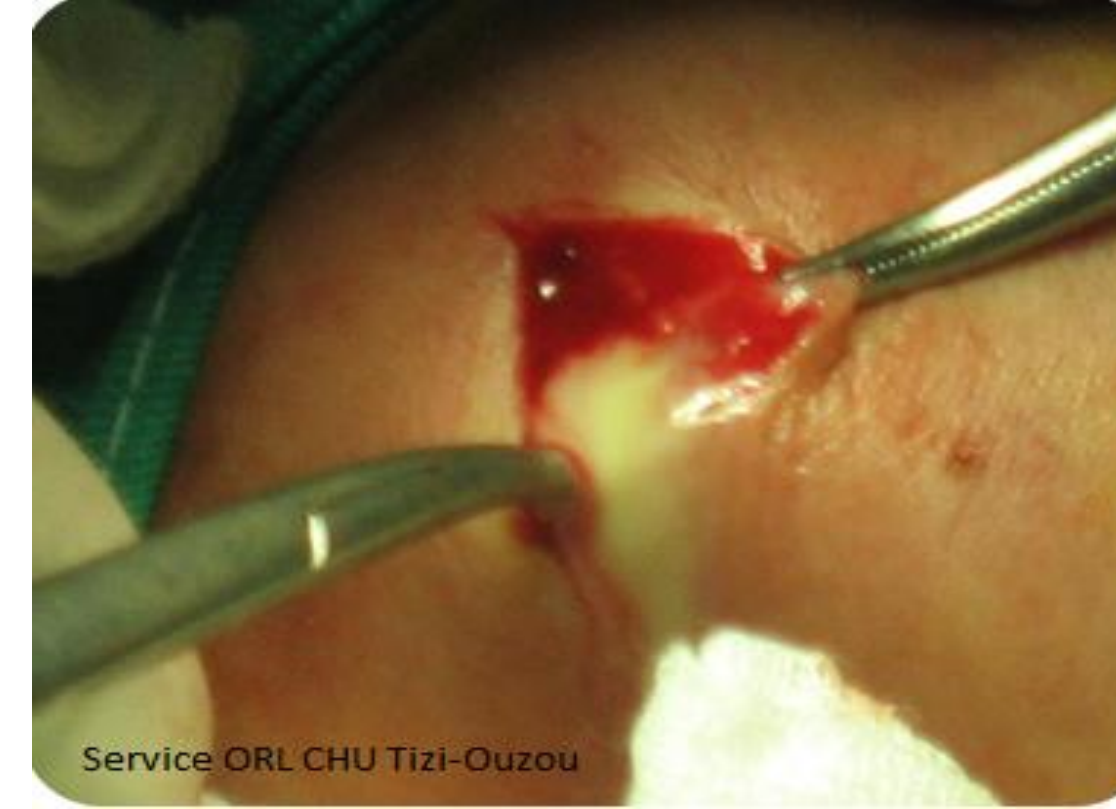
La cellulite cervico-faciale est une inflammation des tissus lâches et/ou cellulaires de la face et du cou, d'origine infectieuse.

les enfants font partie de la population vulnérable.

Le pronostic est généralement excellent sous traitement.

Néanmoins, la survenue de complications comme la diffusion vers certaines structures anatomiques, telles la compression des voies aéro-digestives et l'extension à l'étage endocrânien ou médiastino-pulmonaire, peut engager le pronostic vital.

De plus, la rapidité de la diffusion à travers les espaces cellulaires vers d'autres régions, de la déshydratation et de l'altération de l'état général sont plus flagrantes chez les enfants.



Objectifs

cette étude a pour objectif de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales aiguës chez l'enfant.

Méthodes et Matériels

C'est une étude rétrospective descriptive est menée sur une période de 5 ans (2018-2023) au Service ORL CCF du CHU Mohamed NEDIR.

Ont été inclus, les patients âgés de 01 à 15 ans admis pour cellulite cervico faciale. Les aspects étudiés portaient sur les données épidémiologiques, cliniques et paracliniques, les modalités thérapeutiques et évolutives.

Résultats

Tous nos patients hospitalisés ont bénéficié d'un traitement antibiotique probabiliste. On a recouru en premier lieu aux C3G +/- métronidazole. L'antibiothérapie sera ensuite ajustée en fonction de l'antibiogramme. La corticothérapie est souvent associée en une seule prise matinale à raison de 0.5 à 1mg/kg/jr pour lutter contre les phénomènes inflammatoires.

Les germes retrouvés sont le streptocoque sp sensible aux bêtalactamines ; pneumocoque ; staphylocoque et Klebsiella.

L'évolution est favorable dans tous les cas colligés. La durée d'hospitalisation moyenne est de 8 jours (2 - 45 jours). Les cellulites occupent jusqu'à 32% des lits d'hospitalisations aux pics.

Discussion

On constate une légère prédominance masculine dans notre série concordant avec la littérature (1). La tranche d'âge 6 à 11 ans est le plus touchées.

L'origine dentaire est la plus incriminée dans la genèse des cellulites suivies par l'origine sinusienne. Les cas graves surviennent surtout chez les plus jeunes enfants et aussi, pour les formes collectées. (2)Même, les caries des dents déciduales peuvent provoquer plus de forme grave que les dents définitives. (2,3,4) l'intérêt de l'hygiène dentaire surtout en milieu scolaire.

Dans notre série : la prise d'AINS est constatée dans 60% des cas. Ce constat est partagé dans plusieurs études :

* « le bulletin régional N°5 de la pharmacovigilance du grand-est de la France 2013 rapporte plusieurs cas de cellulites compliquées chez des sujets jeunes en bonne sante après administration des AINS. (5,6,7,8)

Le bilan radiologique TDM injectée +++ constitue un élément important car incontournable au diagnostic ; pour de la prise de décision thérapeutique et au suivi du patient.

Les cellulites diffuses ont un pronostic sévère ; la mortalité dans les séries rapportées se situe autour de 18% (1,2,3,4,7). D'où l'intérêt d'une prise en charge précoce.

Le traitement dans notre série est essentiellement médical.

On a eu recours à des ponctions itératives ou bien à des incisions de drainage à minima afin d'éviter un geste délabrant à l'enfant. La persistance de la symptomatologie ou bien dans des cas avancé le drainage chirurgical large est assuré d'emblée. Les soins dentaires sont systématiquement réalisés durant l'hospitalisation.

Conclusion

Les cellulites de l'enfant sont moins fréquentes que chez l'adulte avec un très faible taux de mortalité. Malgré cela, la vigilance diagnostique et thérapeutique est toujours requise. La prise en charge thérapeutique se fera en fonction de l'état clinique et l'étiologie. Les grandes lignes consistent en une antibiothérapie adaptée, un drainage des éventuelles collections purulentes et un traitement étiologique (soins ou extraction dentaire). En général, l'enfant répond bien à un traitement médico-chirurgical et étiologique bien conduit.

Références

- Unkel JH, McKibben DH, Fenton SJ, Nazif MM, Moursi A, Schuit K. Comparison of odontogenic and non odontogenic facial cellulitis in a pediatric hospital population. *Pediatr Dent*. déc 1997;19(8):476-9.
- Thikkurissy S, Rawlins JT, Kumar A, Evans E, Casamassimo PS. Rapid treatment reduces hospitalization for pediatric patients with odontogenic-based cellulitis. *Am J Emerg Med*. juill 2010;28(6):668-72.
- Lin YTJ, Lu PW. Retrospective study of pediatric facial cellulitis of odontogenic origin. *Pediatr Infect Dis J*. avr 2006;25(4):339-42.
- Giunta Crescente C, Soto de Facchin M, Acevedo Rodríguez AM. Medical-dental considerations in the care of children with facial cellulitis of odontogenic origin. A disease of interest for pediatricians and pediatric dentists. *Arch Argent Pediatr*. 1 août 2018;116(4):e548-53.
- Frick S, Cerny A. Necrotizing fasciitis due to *Streptococcus pneumoniae* after intramuscular injection of nonsteroidal anti-inflammatory drugs: report of 2 cases and review. *Clin Infect Dis* 2001 ; 333 : 740-4.
- Rimailho A, Riou B, Richard C, Auzepy P. Fulminant necrotizing fasciitis and nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *J Infect Dis* 1987 ; 155 : 143-6.
- Veenstra RP, Manson WE, Van der Werf TS, Fijen JW, Tulleken JE, Zijlstra JG, Ligtenberg JMM. Fulminant necrotizing fasciitis and nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Intensive Care Med* 2001 ; 27 : 1831.
- Thiebaut S et al. Prise en charge des cellulites cervicales avec ou sans extension médiastinale: à propos de 17 cas. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 2010;13:1-4
- <http://base-donneespublique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?Secid=61902232&typedoc=R>