

## Abstract

La cellulite orbitaire est habituellement causée par la propagation de l'infection à l'orbite à partir des sinus autour du nez mais peut aussi se propager à partir d'une infection d'origine dentaire qui doit être recherchée. Les sinusites d'origine dentaire méritent une attention particulière en raison des différents mécanismes physiopathologiques, de la microbiologie, des examens complémentaires et de la prise en charge. On retrouve une étiologie dentaire dans environ 10% de tous les types de sinusites maxillaires [1,2], incidence qui monte jusqu'à 40% des cas de sinusites maxillaires chroniques.[3] qui peut s'étendre aux autres sinus de la face et être en cause de une cellulite orbitaire qui sans traitement adéquat en milieu hospitalier provoquée la cécité ou une thrombose du sinus caverneux, d'où la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire ORL et chirurgien-dentiste.



Fig.1. photo du patient en préop

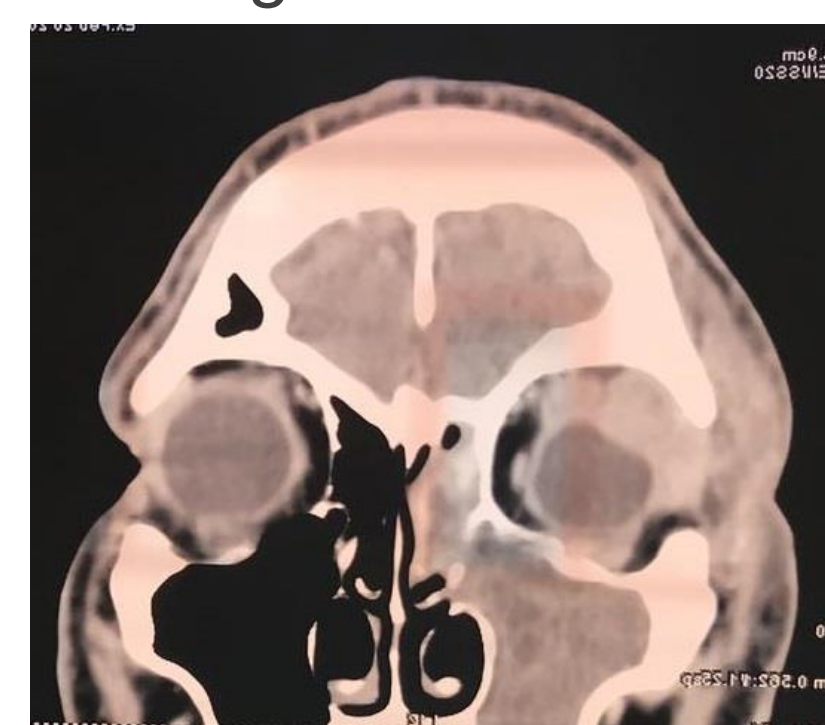


Fig.2.TDM en coupe coronale montrant la pansinusite gauche avec atteinte orbitaire,

## Objectifs

Nous avons voulu attiré l'attention à travers ce travail de l'intérêt du diagnostic clinique rapide et de la radiologie dans la précocité du drainage endoscopique endonasale et par voie externe dans la prise en charge de cette pathologie, sans oublier la collaboration qui doit être étroite entre l'ORL et le chirurgien dentiste dans ce genre de pathologie.

## Méthodes et Matériels

Patient de 27 ans sans antécédents, qui a consulté pour une tuméfaction molle en regard du sinus frontal gauche avec à un œdème sous-cutané et des œdèmes palpébraux supérieur et inférieur (Fig. 1). Il se plaignait de douleurs sous-orbitaires à la pression des sinus avec des douleurs dentaires maxillaires gauches ayant précédé de peu la tuméfaction faciale. L'examen dentaire a révélé l'absence de réponse de la première molaire maxillaire gauche au test de vitalité avec une percussion axiale positive. L'examen endoscopique retrouvés des sécrétions purulentes au niveau du méat moyen gauche.

## Résultats

Le bilan tomodensitométrique (fig,2) a en évidence une sinusite frontale gauche, un abcès des parties molles frontales, une ethmoïdite compliquée d'un abcès sous-périosté endo-orbitaire gauche, une sinusite maxillaire gauche ainsi qu'une effraction du plancher sinusien causée par la racine palatine de la dent 26 infectée, le patient était hospitalisé en urgence avec un traitement médical associant de la fosfomycine et le céfatoxime et un drainage maxillaire par méatotomie moyenne gauche sous contrôle endoscopique, associé à un élargissement du canal nasofrontal et à la pose d'un drain d'Albertini afin d'assurer la perméabilité sinusienne. Après une semaine, l'évolution était favorable. Les lésions dentaires responsables de sinusite maxillaire peuvent être spontanées secondaire à une carie dentaire ou iatrogènes [4], lors d'une avulsion ou d'un curetage de kyste apical, ou lors d'un traitement endodontique, la dissémination de l'infection du sinus maxillaire aux cellules éthmoïdales et frontales peut s'expliquer par un mécanisme de l'activité mucociliaire, retrouvés au cours d'une infection qui perturbent le drainage des sinus, et l'inflammation de la muqueuse nasosinusienne responsable d'une obstruction méatale moyenne [5]. Les symptômes classiques évocateurs d'une source odontogène peuvent inclure des symptômes nasosinusiens, L'imagerie radiologique peut fournir des informations complémentaires dans le diagnostic de la sinusite odontogène. Le traitement des sinusites compliquées est une urgence. C'est un traitement médico-chirurgical. drainer le siège de la complication sinusienne, de stériliser le foyer. Traitement médical, Antibiotique: Probabiliste d'emblée en bi ou triple antibiotiques. (céphalosporines de troisième génération (C3G), l'amoxicilline-acide clavulanique, aminosides, la vancomycine, les imidazolés), puis adapté à l'antibiogramme [6].

## Conclusion

L'incidence de la sinusite odontogène est probablement sous-estimée dans la littérature disponible. Les symptômes et les résultats des examens des sinusites odontogènes et non odontogènes sont similaires, avec seulement une petite partie des patients présentant des résultats dentaires positifs. De plus, les évaluations dentaires avec des radiographies panoramiques échouent souvent à diagnostiquer une maladie dentaire d'où l'indication d'une TDM en cas d'atteinte sinusienne et plus si complication orbitaire, Une thérapeutique adaptée avec une concertation pluridisciplinaire entre ORL et dentiste permettent d'éviter les complications et des séquelles.

## Références

1. Thévoz F, Arza A, Jaques B. Dental foreign body sinusitis. Schweiz Med Wochenschr 2000;125(Suppl.): 30S-34S.
2. Mehra P, Murad H. Maxillary sinus disease of odontogenic origin. Otolaryngol Clin North Am 2004; 37:347-64.
3. Maloney PL, Doku HC. Maxillary sinusitis of odontogenic origin. J Can Dent Assoc (Tor) 1968;34:591-603.
4. Melen I, Lindahl L, Andreasson L, et coll. Sinusite maxillaire chronique. Définition, diagnostic et relation avec les infections dentaires et la polypose nasale. Acta Otolaryngol 1986 ; 101 : 320-327.
5. Kaneko I, Harada K, Ishii I, et coll. Caractéristiques cliniques de la sinusite maxillaire odontogène et grade de développement du sinus maxillaire en cas de sinusite maxillaire dentaire [en japonais]. Nihon Jibiinkoka Gakkai Kaiho 1990 ; 93 : 1034-1040.
6. Arias-Irimia O, Barona-Dorado C, Santos-Marino JA, et coll. Méta-analyse de l'étiologie de la sinusite maxillaire odontogène. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2010 ; 15 : e70 – e7