

CELLULITE PERI-ORBITAIRE ET POLY SINUSITE PARANASALE : ANALYSE DE DEUX CAS COLLIGES AU SERVICE ORL DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE DE BAMAKO. MALI

Keita M*, Diallo M**, Traoré J***, Sylla F*** Timbo SK*, Ag Mohamed A*

*Service ORL Bp: 267 Hôpital Gabriel Touré ; ** Service de Radiologie Bp : 267 Hôpital Gabriel Touré. Bamako. Mali ; *** Institut Ophtalmologie Tropicale d'Afrique, IOTA Bp : Bamako. Mali

Correspondance : Dr Kéita Mohamed, Maitre assistant des Hôpitaux ; ORL, Bp :267 Bamako. Mali courriel : mohad_2000@yahoo.fr

Résumé :

Les auteurs rapportent deux cas de cellulites périorbitaires colligées sur une année dans le service ORL. Ces deux cas ont la particularité d'être survenue chez des enfants dans un contexte de pyorrhée alvéolodentaire et de poly sinusites faciales associées. Le parcours thérapeutique avant l'hôpital a été émaillé de traitement traditionnel dans un cas et d'automédication dans l'autre. Dans les deux cas le médecin référent a été un ophtalmologiste. Les deux patients ont été admis en hospitalisation ORL au stade de phlegmon périorbitaire collecté ayant nécessité un drainage chirurgical sous anesthésie générale. Les suites opératoires ont été simples, cependant un des enfants admis au stade d'une acuité visuelle réduite à la simple perception lumineuse n'a pas récupéré de sa perte de vision.

Mots clés : Cellulite périorbitaire, complications sinusites, caries dentaires, cécité

INTRODUCTION

Les sinus para nasaux présentent classiquement des complications diverses dont les plus redoutables demeurent les atteintes cranio-encéphaliques et orbito-palpébrales. Ces complications sont maintenant rares voire exceptionnelles. Elles sont isolées ou associées les une aux autres et cette association ne doit pas être méconnue (1).

Pour l'orbite, l'extension d'une infection d'origine rhino sinusienne peut aboutir à des conséquences sévères. Le diagnostic précoce d'une atteinte orbitaire, l'évaluation et la gestion urgente du traitement sont essentiels pour préserver la vision et prévenir des conséquences vitales éventuelles (2,3) surtout s'il s'agit d'un enfant. Parmi ces atteintes orbitaires, la cellulite orbitaire réalise le tableau clinique caractéristique d'une inflammation aigue installée en quelques jours avec une symptomatologie douloureuse spectaculaire et des signes inflammatoires (4). Le but de ce travail est de montrer l'intérêt d'une collaboration interdisciplinaire afin de dégager la meilleure stratégie de prise en charge de cette urgence.

NOS OBSERVATIONS

Observation N°1 : H.S, 16 ans, a été admise en hospitalisation 25/08/05 pour Tuméfaction chaude, douloureuse de l'hémiface gauche avec rhinorrhée purulente antérieure homolatérale. Les antécédents de la malade étaient sans particularités.

L'histoire de la maladie retrouvait une notion de rhinorrhée purulente gauche fébrile remontant à une semaine. A cette rhinorrhée, on retrouvait associée une céphalée frontale exacerbée par la position mahométane. La patiente a alors subi une automédication à base de paracétamol. Depuis 48Heures, la majoration de la céphalée, associée à une tuméfaction de l'hémiface gauche ont motivé une demande de soins ORL.

A l'admission, il s'agissait d'une patiente qui présentait sur le plan ORL une tuméfaction

luisante, congestive et douloureuse étendue à toute l'hémiface gauche avec au niveau palpébrale une impossibilité d'ouverture palpébrale.

La rhinoscopie antérieure montrait à gauche une issue de pus franc par le méat moyen et au niveau de la cavité buccale on notait on notait une pyorrhée alvéolo-dentaire au niveau de la 27, totalement en chicot.

La patiente au niveau de l'état général était fébrile à 39°C. Ailleurs l'examen ophtalmologique a noté un chémosis important homolatéral avec lagophtalmie

Sur le plan biologique à l'admission nous avons trouvé une hyperleucocytose à prédominance polynucléaire à 19000 Globules blancs et une C Réactiv Protein (CRP) à 47.

Nous avons réalisé un test de dépistage au VIH, une glycémie à jeun, une créatinémie qui se sont révélés normales.

Devant ce tableau nous avons institué une triple antibiothérapie synergique (Amoxicilline 1gx4/24Heures, Ciprofloxacine 500 mgx2/24Heures associé à des antalgiques (Paracétamol 500mgx4/24heures) ;

A J4 post admission, devant la persistance de l'hyperthermie et l'aggravation des signes locaux d'inflammation nous avons réalisé une tomodynamométrie des fosses nasales et des sinus de la face, ce qui nous a permis de mettre en évidence un comblement de tous les sinus paranasaux gauche et une image de collection abcédée à l'angle supéro-interne de l'orbite homolatéral.

Nous avons décidé d'opérer la patiente et avons procédé à un abord externe du sinus frontal par voie sourcilière élargie en dehors de la région du canthus interne homolatéral. Cela nous a permis d'isoler des sécrétions purulentes fétides comblant les tissus mous périorbitaires et comblant le sinus frontal homolatéral. Nous avons procédé à un débridement des tissus nécrosés et avons lavé à grande eau avec le sérum physiologique les sites lésionnels. Nous avons fini par un drainage transethmoïdal et un

abord par voie de Caldwell Luc du sinus maxillaire homolatéral et une extraction de la 27(fermeture en X de la zone d'extraction au vicryl 2(0)).

L'antibiogramme a permis de retenir une double colonisation Staphylocoque doré et Protéus vulgaris.

Depuis, nous avons observé une défervescence thermique à J2 post opératoire et une normalisation progressive de la NFS et du taux des CRP devenus normales à J6 post opératoire.

Sur le plan local, les liquides de lavages transethmoïdaux et maxillaires (commencé à J6 postopératoire) se sont aussi progressivement éclaircis pour devenir eau de roche à J12 post opératoire.

Nous avons procédé à la sortie de la patiente à J15 post opératoire après un contrôle de la vision avec une acuité de 12/10 en vision de loin.

Observation N°2 : D.B, garçon de 12 ans, nous est adressé le 29/11/06 par l'ophtalmologiste pour prise en charge d'une exophtalmie fébrile gauche avec baisse rapide de l'acuité visuelle homolatérale.

L'histoire de la maladie remontait à 10 jours où l'on retrouvait une notion d'installation brutale de douleurs dentaires sur un chicot dentaire de l'hémi arcade supérieure gauche. La prise en charge a été d'abord traditionnelle. Cinq jours après se sont installés une céphalée intense, une exacerbation de l'algie dentaire à type de décharge électrique, un œdème péri-orbitaire chaud et douloureux et une exophtalmie avec un larmoiement.

Les parents ont consulté alors dans un centre de santé communautaire de leur quartier tenu par un infirmier chef de poste qui les a orienté en consultation d'ophtalmologie.

Le patients a été mis sous collyre antibiotique (rifamycine) et anti-inflammatoire (indocollyre) et un traitement par voie générale probabiliste à base d'amoxicillin-Acide clavulanique 500 mg/jour et Celestene 2mg/jour de Prednisone. Et une demande de TDM a été effectuée.

Malgré cette antibiothérapie probabiliste, les signes locaux s'exacerbant le patient a été orienté en ORL.

A l'admission il s'agissait d'un patient présentant au plan local un œdème périorbitaire gauche chaud et douloureux, une rhinorrhée purulente homolatérale et une pyorrhée alvéolodentaire de la 27 Au plan ophtalmologique il présentait un hypopion homolatéral avec un chémosis géant et une acuité visuelle réduite à la perception lumineuse (PL).

Sur le plan biologique la recherche de tare (VIH, diabète) s'est révélée négative. La réalisation en urgence de la TDM,a permis de mettre en évidence une collection abcédée de l'angle supéro-externe orbitaire gauche à cheval sur le rebord osseux avec une composante extra orbitaire et une autre intra orbitaire extra-conale et un comblement de tous les sinus paranasaux homolateraux.

Nous avons alors décidé en équipe

- Sur le plan clinique de procéder à un arrêt de la corticothérapie et d'instituer une triple antibiothérapie synergique à base de ceftriazone 1gx2/24heures,Gentalline 80mg/24heures et soins locaux à base de lavage du nez au sérum physiologique trois fois par 24 heures.

- Sur la plan chirurgical de réaliser un abord externe intra sourcilier de la région orbitaire avec trépanation du sinus frontal gauche et curetage trans-ethmoïdal et avons fini par mettre un drainage du sinus frontal Gauche et des cellules ethmoïdales à travers la fosse nasale en laissant en place un drain Albertini N°10. La culture antibiogramme a permis d'isoler Staphylococcus aureus.

Le suivi évolutif a été clinique et biologique (Numération Formule Sanguine et dosage de la C Réactiv Protein/48heures) et a permis de noter des suites opératoires simples et sans incidents. Le patient a pu être sorti à J15 post opératoire et l'ablation du drain faite à J20.Cependant l'enfant n'a pas récupéré de son amaurose gauche.

DISCUSSION

Aspect étiopathogénique : Nos deux observations, marquées par l'âge jeune de nos patients (12 et 16 ans) le parcours thérapeutique comportant un tableau de sinusite maxillaire mal pris en charge et la colonisation bactérienne à Gram positif, ne semblent pas se singulariser d'avec la littérature.

Il est rapporté que les cellulites orbitaires, cause majeure d'inflammation de l'orbite, peuvent se développer depuis les sinus de la face voisine et l'oropharynx ou à la suite d'une plaie pénétrante de l'orbite. Elles peuvent aussi être secondaire à un corps étranger orbitaire ou une infection oculaire, ou comme complication d'une septicémie. (4)

Pour Schramm VL et coll(5) la proportion est la suivante : 85% d'affections sinusiennes, 10% d'origine cutanée, 5% d'origine lacrymale, traumatique (fractures faciales), iatrogène (chirurgie oculo-orbitaire) , et dentaires.

Pour JL George (4), les cellulites orbitaires après sinusites sont les plus fréquentes et se développent soit par contiguïté après érosion des parois osseuses très fines, soit par voie hémotogène empruntant les trajets veineux.

Le même auteur estime que les facteurs favorisant chez l'enfant sont très volontiers une rhinopharyngite virale, entraînant un encombrement nasal alors que chez l'adulte, on retrouve un contexte de polyposse, d'allergie, de traumatisme facial ou d'extraction dentaire récente. Quand au germe bactérien en cause il évoque une fréquence élevée d'isolement d'hémophilus influenzae avant 4 ans et de staphylocoque auréus alors que l'adulte lui développe plus des infections poly microbiennes associant des gram+, des gram- et des anaérobies. Quand à nos deux cas, la sinusite s'est d'abord développé sur un terrain de carie dentaire compliquée dans les suites de cellulite orbitaire et dans les deux cas une colonisation bactérienne a été mise en évidence.

Cependant dans la littérature, la terminologie de cellulite orbitaire est bien précise : elle repose essentiellement sur une classification anatomoclinique, décrite pour la première fois par Hubert en 1937, et modifiée par Chandler et al en 1970 (Tableau 1)(6).

Tableau I : Classification de Chandler

Classification	Localisation anatomique	clinique
Stade 1	Cellulite préseptale	Œdème palpébral isolé
Stade 2	Cellulite orbitaire	Chémosis, exophtalmie
Stade 3	Abcès sous périosté	Baisse de l'acuité visuelle Diminution des mouvements oculaires
Stade 4	Abcès orbitaire	Ophthalmoplégie complète Baisse importante acuité visuelle
Stade 5	Thrombose sinus caverneux	Cécité Atteinte oculaire controlatérale Syndrome méningé

Au Sénégal, Wane (7) dans une série de 68 patients colligés sur 10 ans estime que la sinusite maxillaire est incriminée dans 27,9 % avec prédominance d'atteinte unilatérale et la sinusite ethmoïdo-maxillaire dans 10,7%. Il a trouvé plus souvent des sujets jeunes avec un âge moyen à 18 ans. Cette jeunesse du recrutement semble être une constante dans la littérature (6,7,8) où l'on estime qu'elle est plus fréquente chez le sujet jeune de sexe masculin(7)

Aspects clinique et paracliniques : Quand à la symptomatologie douloureuse de nos patients à travers la littérature (6,9,10,11) la cellulite orbitaire est définie comme une inflammation aiguë à développement rapide, en quelques jours, marquée une symptomatologie douloureuse oculo-orbitaire. Cette douleur est permanente, profonde, exacerbée par les mouvements oculaires et/ou la palpation avec une irradiation péri-orbitaire et trigéménée. A cette symptomatologie s'associent des signes inflammatoires: rougeur et œdème palpébral, hyperhémie de la conjonctive bulbaire, chémosis, limitation de la motricité oculaire.

Notre diagnostic, d'abord fondée sur cette symptomatologie douloureuse orbitaire au décours d'une sinusite, a été confirmé par la tomodensitométrie des sinus de la face et de l'orbite.

Cette démarche diagnostique est aussi partagée par la littérature (2,4) où l'on estime que l'orientation clinique nécessite un complément par l'imagerie comportant et les clichés standards des sinus et la TDM et/ou l'échographie B orbitaire. Cependant, il est dit à travers la

littérature que l'on doit privilégier les éléments de clinique pour le diagnostic car les explorations para cliniques au début peuvent ignorer les signes de collection (3).

Aspects Thérapeutiques : Chez nos deux patients, nous avons dans les 72 premières heures privilégié une antibiothérapie probabiliste à base de bêtalactamine et des soins locaux type lavage de nez au sérum physiologique et décongestionnants nasaux. Mais devant l'aggravation de la symptomatologie douloureuse nous nous sommes décidés à faire la TDM ou la présence de signes de collection a constitué un élément de décision chirurgicale . Nous avons opté pour un abord chirurgical de l'orbite par voie intrasourcilier. Et nous avons visé pour ce fait trois objectifs comme retenu dans la littérature (11) :

- l'excision de tous les tissus nécrotiques et le drainage de tous les foyers infectieux avec une mise à plat complète ;
- une avulsion des dents responsable de la sinusite ;
- une trépanation curetage du sinus frontal, une ethmoïdectomie et en fin d'intervention pour un drainage transethmoïdal à l'aide d'un drain N°10. Ainsi a-t-on pu obtenir dès J4 post opératoire une régression très notable des signes infectieux et inflammatoires.

Actuellement le drainage ethmoïdal par voie endoscopique par souci de minimiser les délabrements chirurgicaux attire certaines équipes (12).

En absence de signes évidents de collection à travers la littérature (2,4), le traitement médical surtout s'il s'agit des enfants a la préférence des auteurs et repose en première intention sur les céphalosporines de seconde génération et doit couvrir un spectre plus large s'il s'agit de l'adulte. A ce traitement on doit utilement associer un décongestionnant nasal.

Cependant, le drainage chirurgical se décide devant une collection mise en évidence au scanner.

La prise en charge de ces cellulites pour être efficace doit obéir à trois règles (11) :

- éviction de la prescription de corticostéroïdes et surtout d'AINS ;
- éviction d'une antibiothérapie mal adaptée en particulier non dirigée contre les anaérobies ;
- éviction d'un traitement chirurgical initial insuffisant.

CONCLUSION

La prévention des cellulites orbitaires dans nos contrées ne peut s'inscrire qu'à travers une prise en charge précoce des infections des voies aériennes supérieures et la réalisation de soins dentaires adaptés. Cette démarche permettra d'éviter un traitement médico-chirurgical lourd et onéreux difficilement supportable dans notre contexte.

REFERENCES

1. Beauvillain de Montreuil C., Lajat Y. et Gashignard J.L. - Complications crâniennes et endocrâniennes des infections naso-sinusiennes. *Encycl.Med.Chir. Paris.Oto-Rhino-Laryngologie*, 20445 A10, 5-1980.
2. Hornblass. A, Duffy. M. *Abcès orbitaires in Adenis. JP, Morax. S, Pathologie Orbito-palpébrale. Société Française d'Ophtalmologie. Paris-Milan-Barcelone :Editions Masson, 1998.*
3. Patt BS, Manning SC. Blindness resulting from orbital complications of sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1991;104(6):789-95.
4. George JL. Cellulites Orbitaires, Thrombophlébite du sinus caverneux, Syndrome de Tolosa-Hunt. In Adenis. JP, Morax. S. *Pathologie Orbito-palpébrale Société Française d'Ophtalmologie. Paris-Milan-Barcelone: Editions Masson, 1998.*
5. Schramm VL, Myers EN, Kennerdel J.S Orbital complications of acute sinusitis: evaluation, management and outcome. *Trans. Am. Acad. Ophthalmol.Otolaryngol*. 1978,86: 221
6. Aidan P, François M, Prunel M, Narcy P. Cellulite de la région orbitaire chez l'enfant. *Arch Pédiatr* ,1994 ;1 : 879-885.
7. Wane A.M., Ba E.A., Ndoye-Roth P.A., Kameni A., Demedeiros M.E., Dieng M., Ndiaye M.R., Ndiaye P.A., Ben Nasr S., Wade A. Une expérience Sénégalaise des cellulites orbitaires *J Fr. Ophtalmol.*, 2005 ; 28, 10, 1089-1094
8. Lam A, Seck C.M, Faye M, Borzeix A, Sissoko B. Le phlegmon orbitaire. Ses origines et complications : à propos de 20 cas. *Médecine d'Afrique Noire* :1995,42(3) :139-142.
9. Ailal F, Bousfiha A, Jouhadi Z, Bennani M, Abid A. Cellulites Orbitaires chez l'enfant: à propos d'une étude rétrospective de 33 cas. *Med Trop* 2004 ; 64 : 359-362.
10. Dureau P. Cellulite Orbitaire. *Archives de Pédiatrie*, 2004 11(12) :1555-56.
11. Le Bourdon I, Fligny I, Théron HP. A propos d'un cas de cellulite orbitaire à germes anaérobies d'origine dentaire. *Bulletin des Sociétés d'Ophtalmologie de France*, 1995, 95(3) :210-213.
12. Pereira KD, Mitchell RB, Younis RT, Lazar RH. Management of medial subperiosteal abscess of the orbit in children--a 5 year experience. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 1997 ;38(3):247-54.



BD J 23 post chir



Fig 1. Coupe axiale : Hypodensité dense et homogène de l'angle latéral de l'œil gauche et sous la paupière. Elle est collectée avec une paroi prenant le contraste. Elle présente un prolongement intra-orbitaire conique. Pas de lésion osseuse en fenêtre osseuse



BD à l'admission



Fig 2. Coupe coronale : Sinusite maxillaire aiguë avec comblement des cellules ethmoïdales homolatérales.
Nb : On note une exophtalmie gauche de grade III.