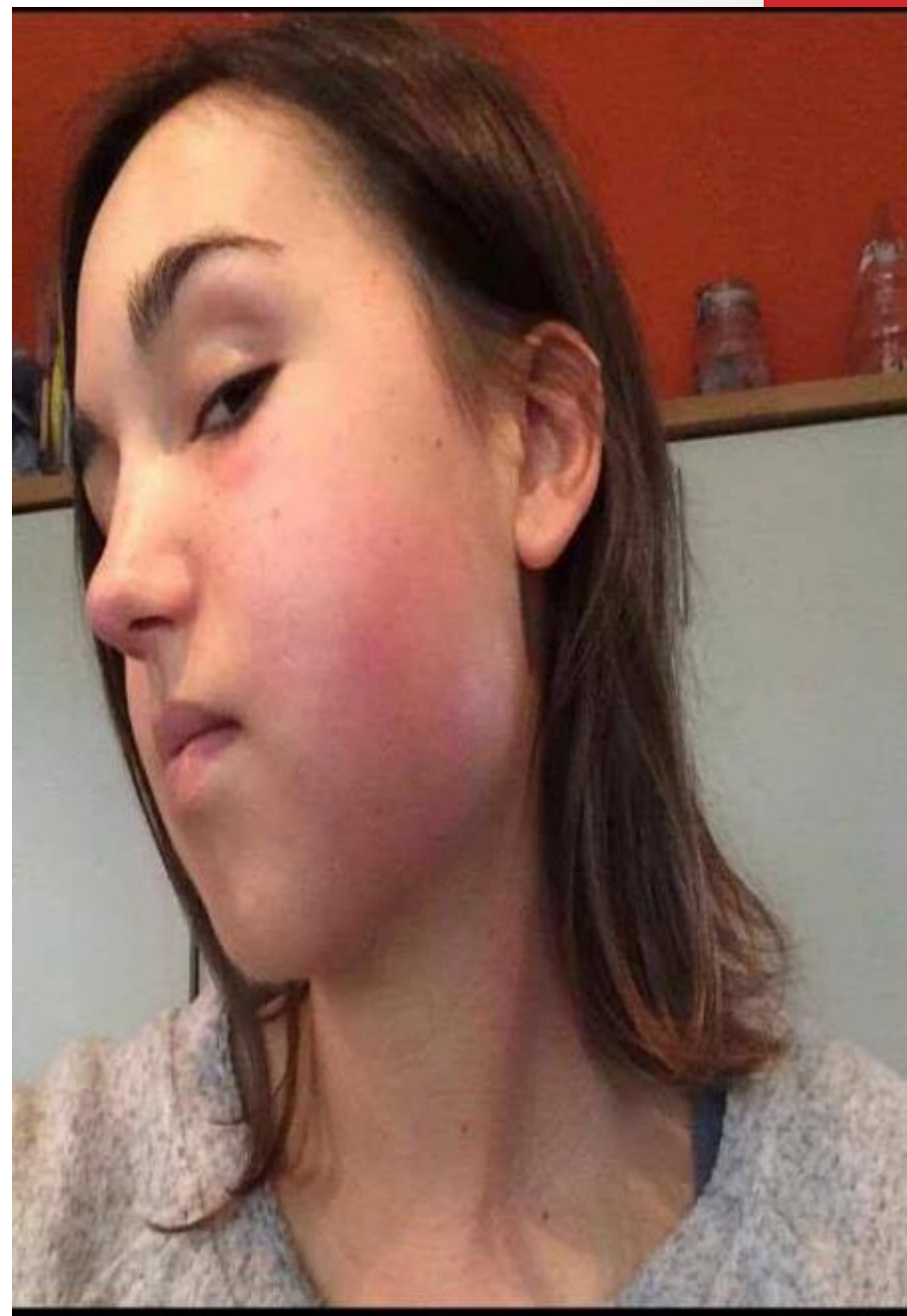
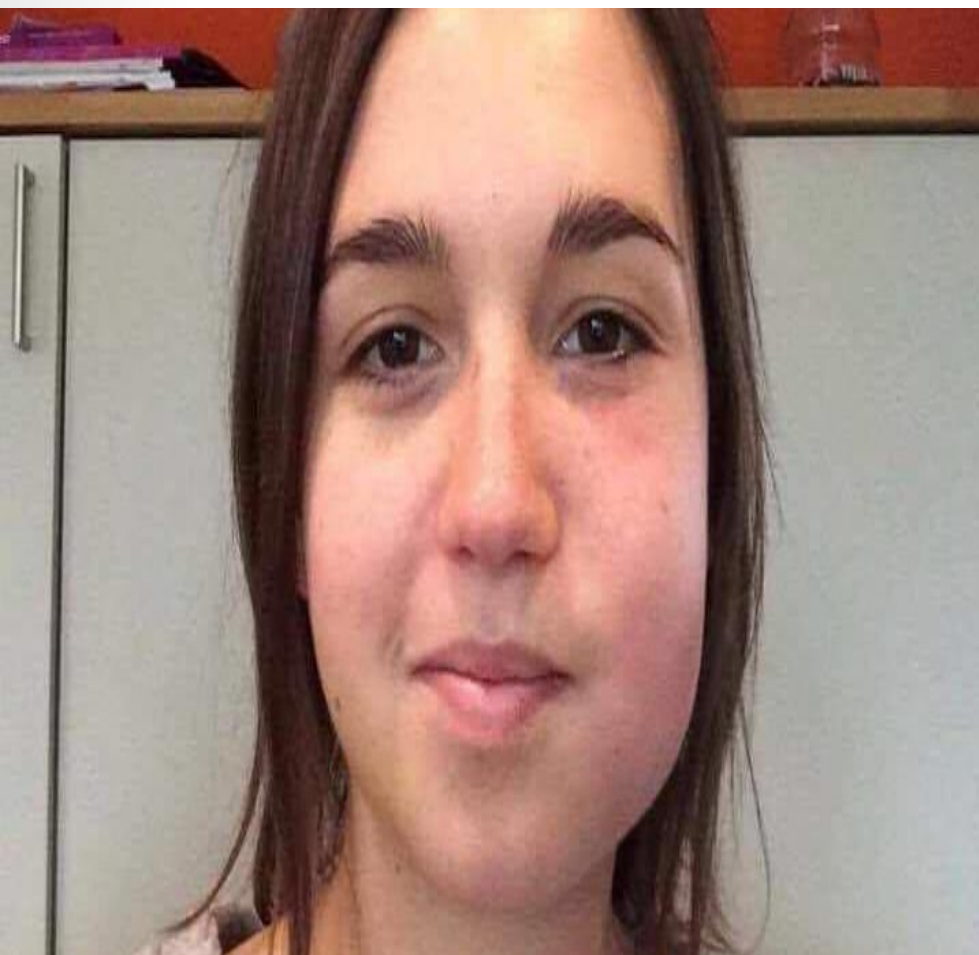


Cellulites et abcès d'origine dentaire

Par Dr. Pierre BALLIGAND
Chirurgien maxillo-facial
Namur



1. Introduction

- Abcès- cellulites- phlegmons? Aigu ou Chronique?

- Origine?

- > 90% cas dentaire: abondance de germes dans la cavité orale et des portes d'entrée pour ces germes.

- *soit péri-odontite aigue/chronique mal traitée/non traitée

- *soit péricoronarite

- *soit troubles parodontologiques

- *soit post chirurgical (extraction dds)

- *soit prob stérilité geste thérapeutique (piqueur septique notamment tronculaire)₍₁₎

- tissus cutanés et ses annexes: kystes sébacés, folliculites surinfectés et les kystes embryonnaires (branchiaux, thyroglosses,...), malformation vasculaire,...

- autres: Métastase SCC, mélanomes, matériel

→ Kyste thyroïdienne
infectée





➔ Métastase infectée SCC
tempe droite et oropharynx

GERMES RESPONSABLES

- Pas de germe spécifique
- Association aéro-anaérobie
- Aérobie (commensaux)
 - Gram+ / streptococcus
 - Gram- / neisseria
- Anaérobies
 - Gram- / Fusobacterium
Prevotella
Bacteroides
 - Gram+ / Peptostreptococcus

FLORE ENDOBUCCALE

	Cocci G+	Cocci G-	Bacilles G+	Bacille G-
Aérobie	Streptococcus Staphylococcus	Naesseria	Lactobacillus Corynebacterium	
Anaérobie (fl. Veillon)	Peptostreptococcus	Veillonella	Actinomyces Propionobacterium	Bacteroïdes Fusobacterium

Equilibre commensaux non pathogènes / opportunistes
150 germes différents dans les lésions apicales
300 germes différents dans les poches parodontales

•Facteurs favorisant passage à l'abcès/complications infectieuses?

⇒Porte d'entrée infectieuse

- Mortification pulpe (carie ou trauma)
- Trouble parodontal- péricoronarite
- (Geste thérapeutique)

• ⇒Hôte

•Affaiblissement défense immunitaire:

- Fact physiologiques: age , grossesse (3^{ème} trim.), nutrition (carence vitaminique et protéinique)
- Fact environn. traumatiques physiques et/ou psychiques
- Fact immunitaires: congénitaux ou acquis (R/immunosuppresseurs, SIDA, DBT, obésité, insuffisance hépato cellulaire virale ou alcoolique).

•Prescription médicamenteuse:

- AINS









Fig. 4.8: a + b: cords accidentally cut

•Facteurs favorisant passage à l'abcès/complications infectieuses?

⇒Porte d'entrée infectieuse

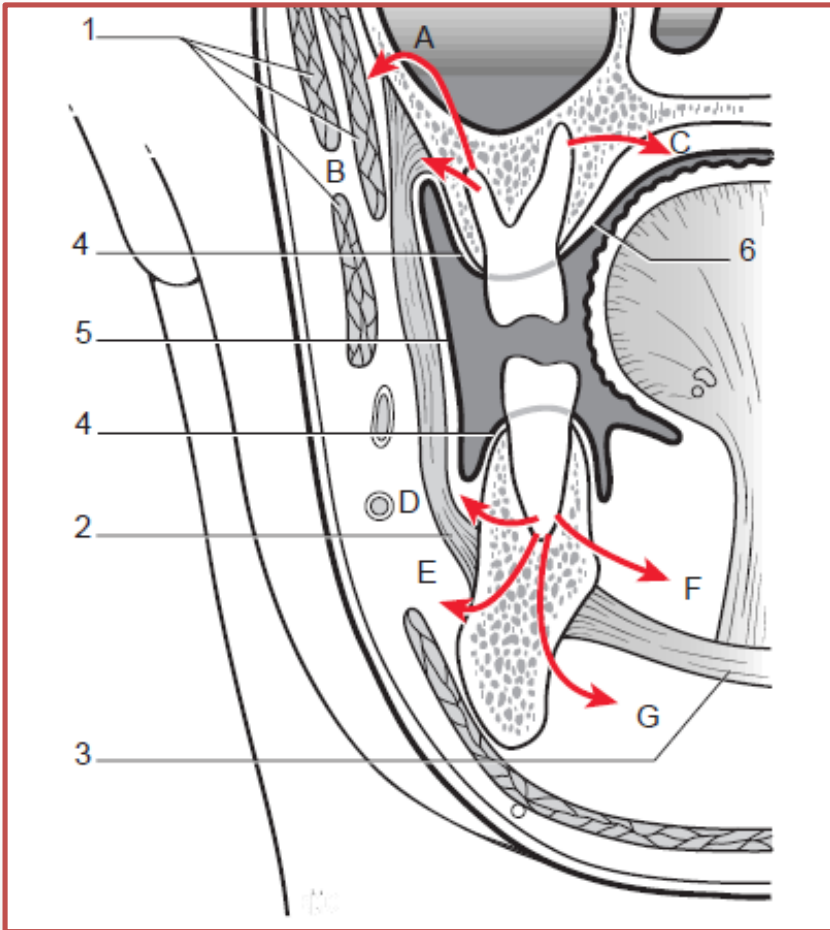
- Mortification pulpe (carie ou trauma)
- Trouble parodontal-péricoronarite
- (Geste thérapeutique)

•⇒Hôte

•Affaiblissement défense immunitaire:

- Fact physiologiques: age , grossesse (3^{ème} trim.), nutrition (carence vitaminique et protéinique)
 - Fact environn. traumatiques physiques et/ou psychiques
 - Fact immunitaires: congénitaux ou acquis (R/immunosuppresseurs, SIDA, DBT, obésité, insuffisance hépato cellulaire virale ou alcoolique).
- #### •Prescription médicamenteuse:
- AINS ou AB inadaptée

Variétés cliniques de cellulites et abcès



- Extension possible en sous muqueux ou sous périosté,
- Fct de position radiculaire et de l'insertion musculaire (buccinateur, masséter, mylohyoïdien)
- Evolution jugale >< buccale
- Evolution sous maxillaire >< plancher bouche

Clinique

- Anamnèse
- Examen clinique

⇒ Abcès sous périosté ou sous muqueux: tuméfaction fluctuante sous le doigt, d+, muqueuse hyperémiée et tendue, chaleur.

⇒ Cellulite séreuse, purulente, gangréneuse:

*Séreuse: tuméfaction arrondie limites imprécises, consistance **élastique**, subjectivement pulsatile, muqueuse/peau tendue mais **non érythémateuse**, chaude.

*Purulente: idem avec pfs signes généraux présents et signes locaux majorés:

d+ majorée (nuit), halitose, sialorrhée, trismus, dysphagie, muqueuse tendue **lie de vin, garde le godet**.

* Gangréneuse: signes généraux ++ mais gangrène reste localisée

(>< toxi infection)

Crépitants à la palpation, pus fétide brun, gaz dans la collection

* Xque: nodule arrondi avec peau violacée amincie, non D+

- + signes généraux: AEG, température, asthénie, céphalées
- + signes précurseurs: douleur dent causale
- + fistule/parulie



Mise au point

- Imagerie :

- ✓Panoramique dentaire

- ✓CT Scan massif facial/cervico-facial ou IRM cervico-faciale

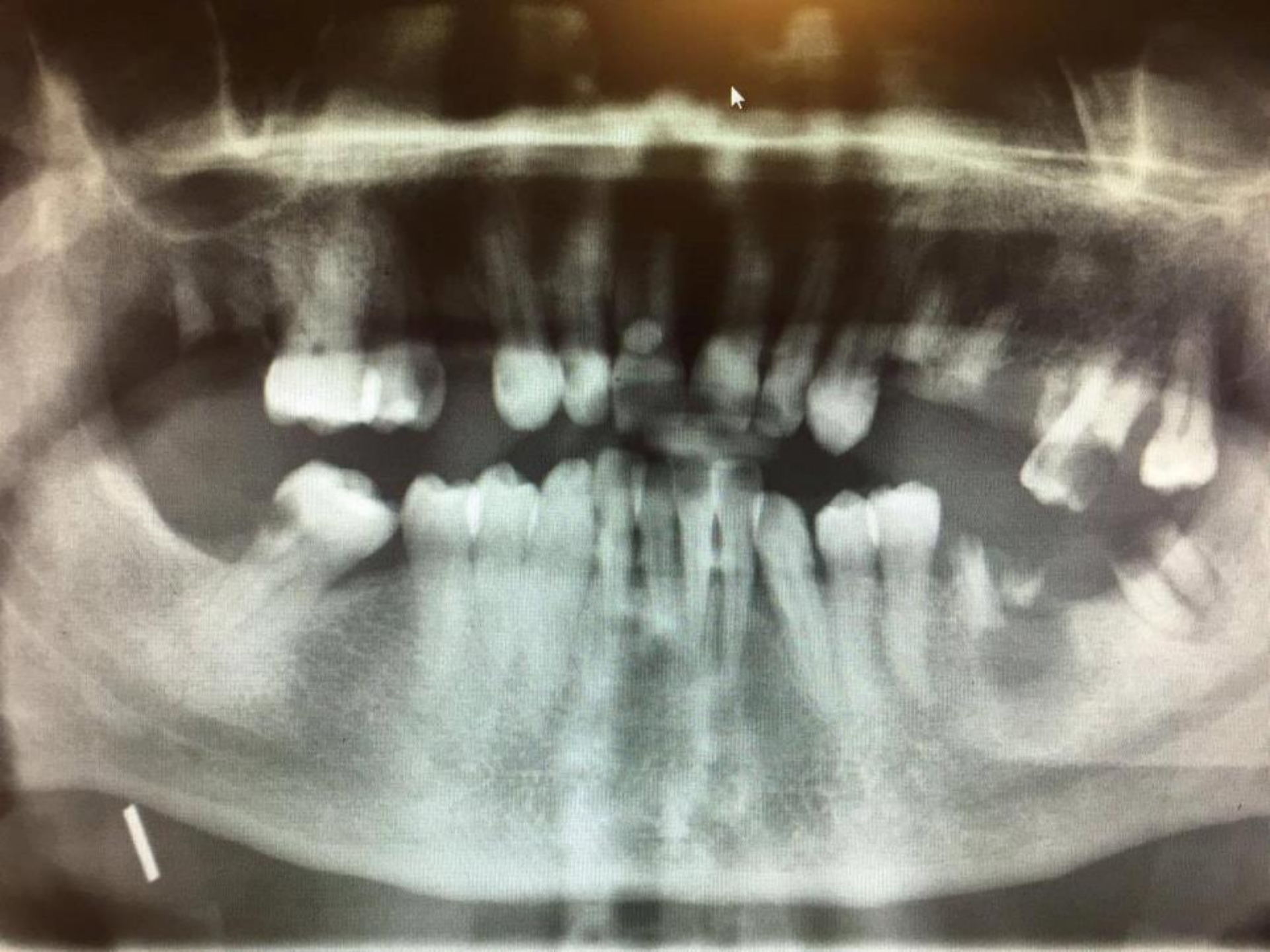
- description du processus infectieux?
- extension tissus/loges adjacents?
- collecté ou diffus?

- Prise de sang

- syndrome inflammatoire (CRP, GB)

- Bactériologie (écouvillon)

- svt flore banale mais parfois intéressante pour fistule chronique (actinomyose, bacille Koch?) ou gangréneuse (! Association spirochètes et fusobactérium)





Prise en charge

Traitement

R/chirurgical ET étiologique

- AL et/ou chlorure d'éthyle et/ou sédation ou AG
- Décollement gingival ou incision muco-périostée,
- Drainage et rinçage iso bétadine diluée
+/- H2O2 si cellulite gangréneuse ou compliquée
- Méchage ou pose d'un drain penrose attaché avec fil de soie
- Surveillance /48h,

R/ AB, AINS et Bdb, compresses froides >< inflammation,
Bdb chaud/cataplasme pour accélérer maturation abcès
(jms au niveau cutané!)

⇒ Mise sous AB fct état patient (AEG?) +/- hospitalisation

⇒ Oxygénothérapie hyperbare (OHB) cellulite diffuse- fasciite
nécrosante...pas EBM, discordance des études (Korhonen et al.)

⇒Étiologique

- * Svt extraction dent causale
- * Pfs reR/endo ou R/ parodontologique
- * Drainage transapical O/F (désinfection NaCl, hydroxide de calcium et ouate) si lésion périapicale non étendue à la muqueuse
+/- associé au geste de drainage par incision muqueuse
- * Exérèse de la tumeurs, malformations, métastase, kyste;...





Drainages par voie externe



DRAINAGE CERVICAL

•Quel antibiotique?

- Bétalactamines: amoxicilline + ac.clavulanique 875mg 3x/jour 5 jours
- Si allergie: clindamycine 3x300mg/jour 5 jours voire 3x600mg
- Si cellulite gangréneuse ou critères de gravité: 10 jours, parfois hospitalisation pour R/IV
- Si germe spécifique : AB dirigée selon antibiogramme
- Intérêt de la Moxifloxacin (Avelox): 400mg 1x par jour
- Intérêt du Métronidazole (Flagyl) : associé à Amoxicilline

•Critères d'hospitalisation

- Personnes âgées grabataires ou enfants bas âge
- AEG, ea troubles respi/gène déglutition +++
- Patients immunodéprimés (corticoïdes, immunosuppresseurs, chimiothérapie;..)
- Cellulite diffuse, phlegmon étendu
- Germe virulent et gangrène associée
- Atteinte organes nobles ou vitaux

•Quel antibiotique?

- Bétalactamines: amoxicilline + ac.clavulanique 875mg 3x/jours 5 jours
- Si allergie: clindamycine 3x300mg/jour 5 jours
- Si cellulite gangréneuse ou critères de gravité: 10 jours, pfs hospitalisation pour R/IV
- Si germe spécifique : AB dirigée selon antibiogramme

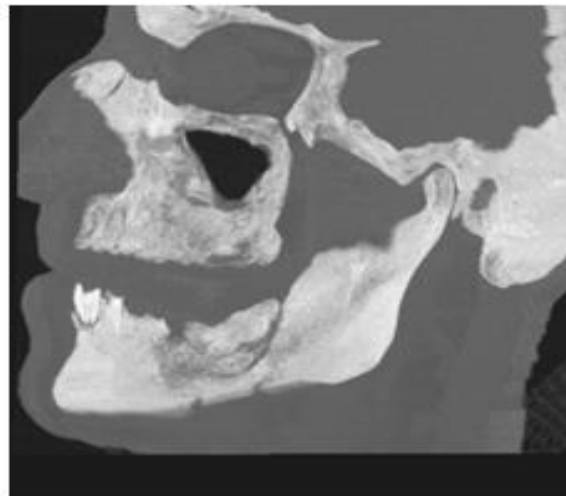
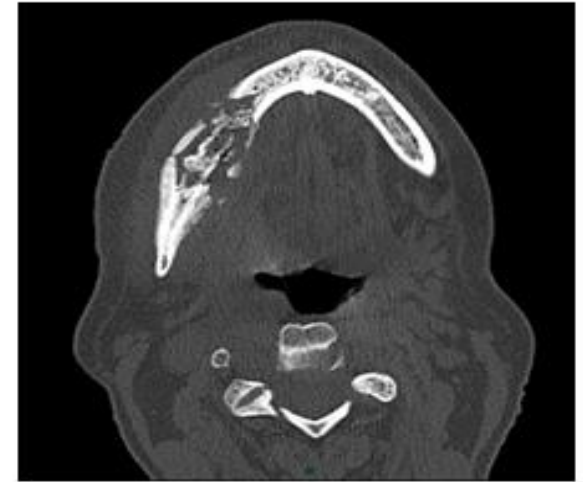
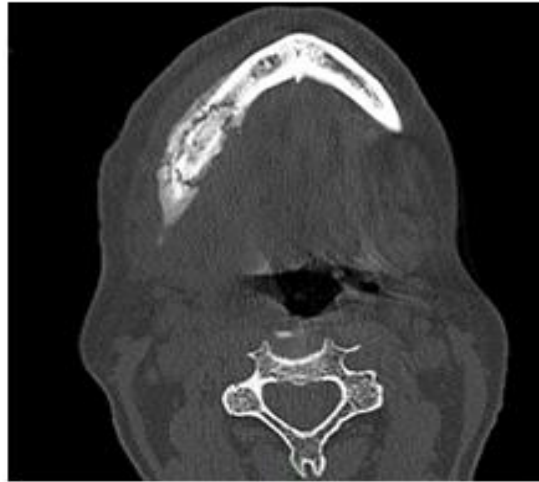
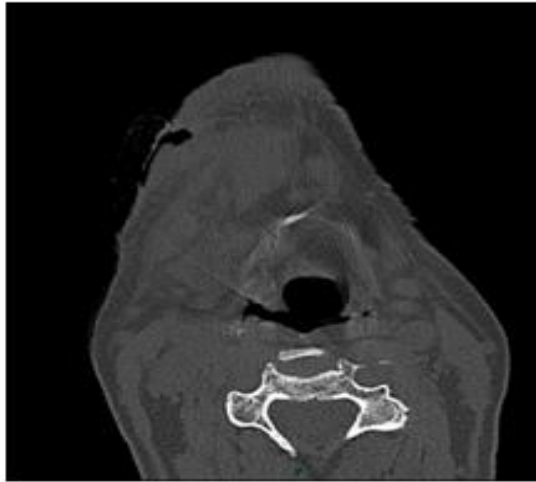
•Critères d'hospitalisation

- Personnes âgées grabataires ou enfants bas âge,
- AEG,
- Patients immunodéprimés (corticoïdes, immunosuppresseurs, chimiothérapie;..)
- Cellulite diffuse (trismus et dysphagie), phlegmon étendu, gangrène associée (crépitanes sous cutanés)
- Localisation de la collection:
 - *érythème vers base du cou, creux sus claviculaire et fourchette sternale,
 - *tuméfaction sus-hyoïdienne latérale qui s'étend vers médian,
 - *plancher bouche (dépasse table interne osseuse => œdème lingual),
 - *fermeture oeil

Complications

- **Passage à la chronicité:** fistule, cellulite chronique
- **Dommmages fonctionnels:** perte de la vision, extraction dentaire, atteinte des voies respiratoires, thrombose sinus caverneux
- **Dommmage vital:** fasciite nécrosante, thrombophlébite faciales

1. Fistule cutanée (orostome) ou muqueuse (parulie)



➔ **Fistule à partir d'une
ostéoradionécrose mandibulaire.**



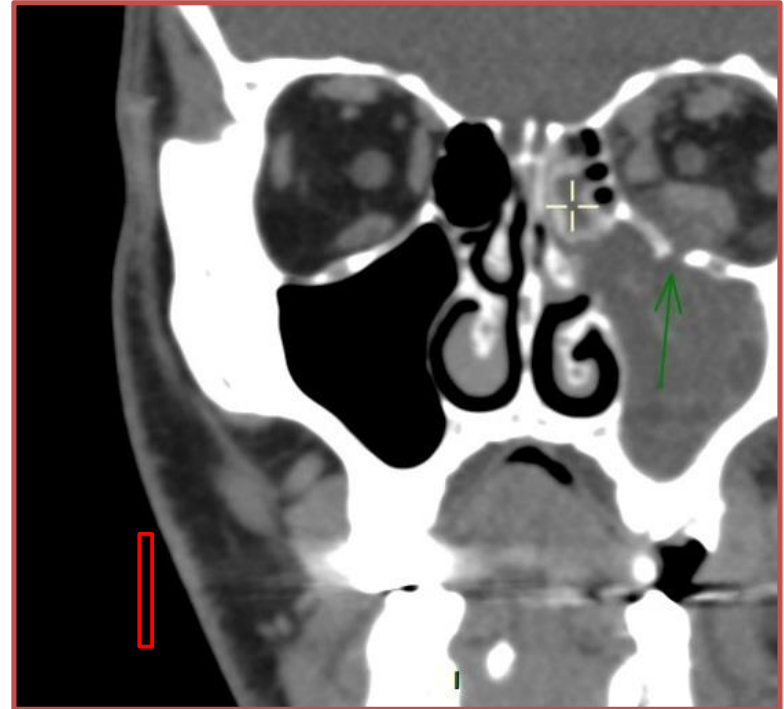
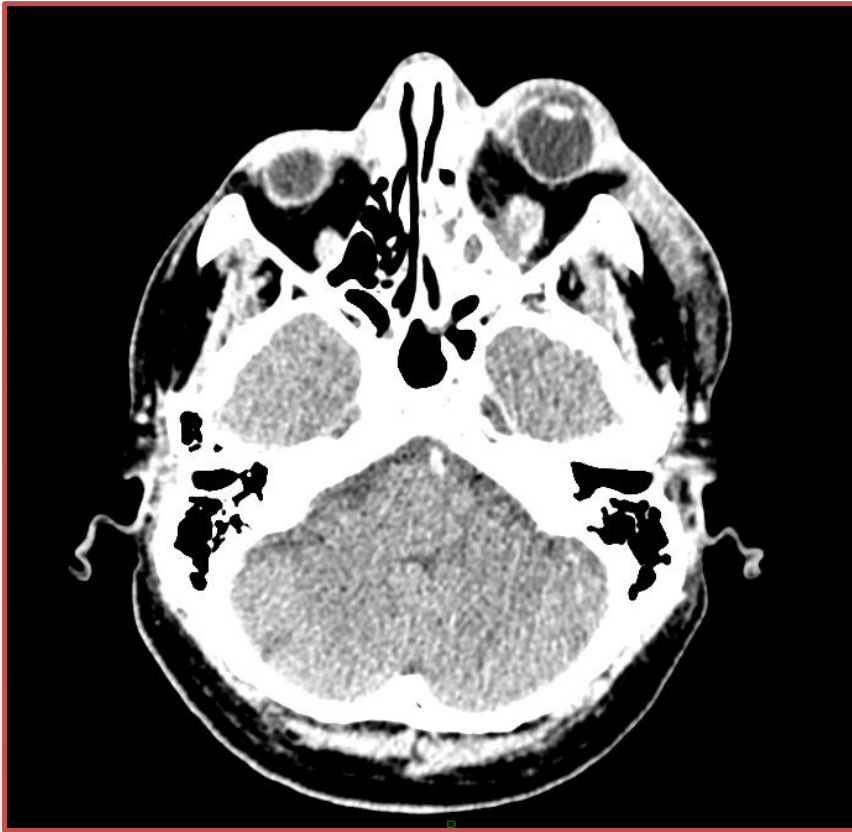
2.Déficit fonctionnel (1)

- Patient 38 ans, sans atcd particuliers hormis alcoolisme
- Tuméfaction d+ œil G++ majorée lors de la mobilité oculaire, exophtalmie œil G++
- R/ médico-chirurgical:
Décompression orbitaire par ténotomie int/ext+ méatomomie maxillaire G.
sous AG
Mise sous AB IV adaptée p/r antibiogramme 15 j.

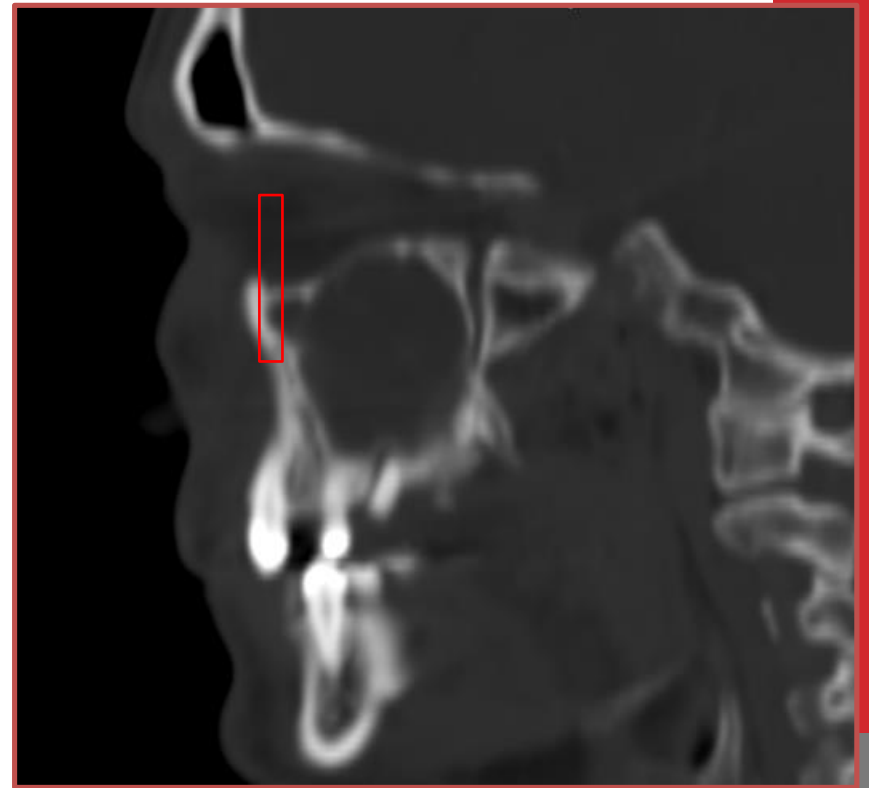
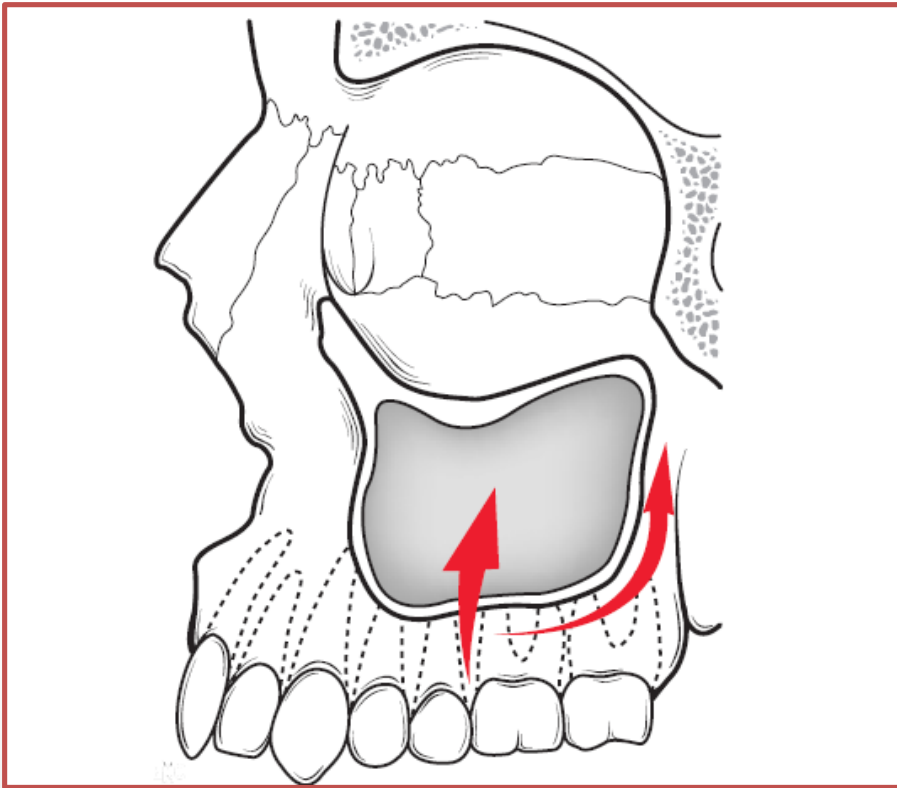


Cellulite orbitaire

< sinusite ethmoïdo-maxillaire



Point de départ dentaire?



➤ Cas clinique

- Femme 26 ans

- *Motif:*

- Tuméfaction et d+ sous mandibulaire dte +++
- D+ dentaires plusieurs mois auparavant, pas de médic. hormis antalgiques



- *ExClinique:*

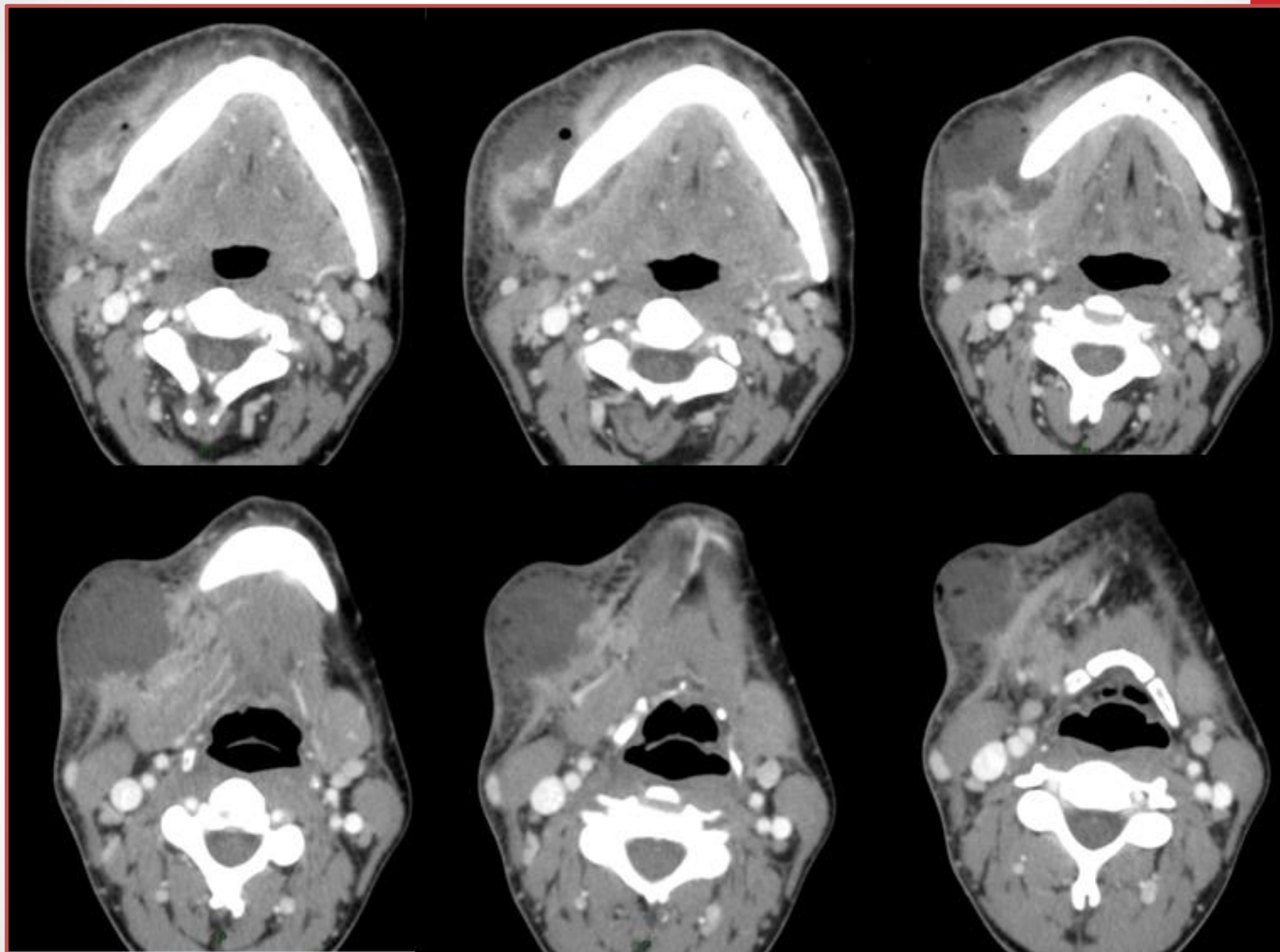
- Collection péri mandibulaire effaçant le relief de la branche horizontale dte, fluctuante sous le doigt, érythème cutané, écoulement spontané à partir de la plage de nécrose cutanée +/- 1cm

- *ExComplémentaire:*

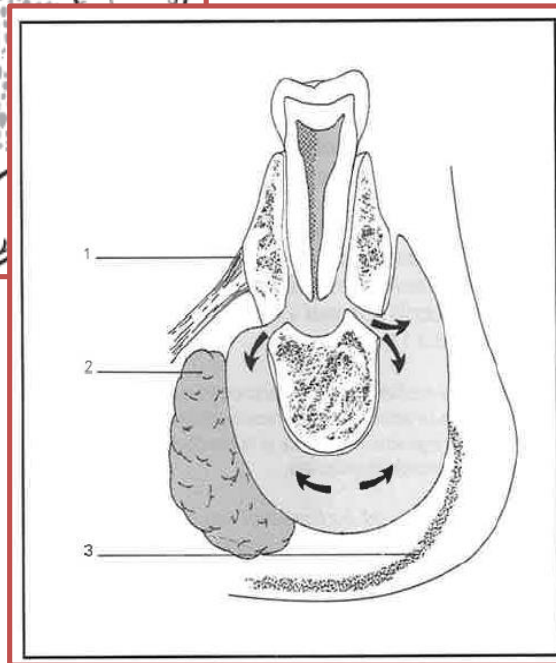
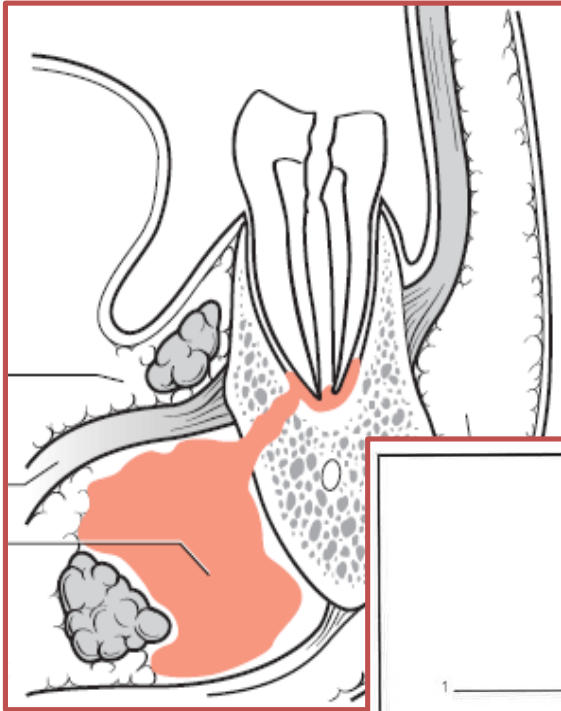
- Bio: syndrome inflam.++ (CRP 26mg/dl, GB: 15000/mm3)
- CT Scan CF et bactério (frottis): strepto anginosus

- *Traitement:*

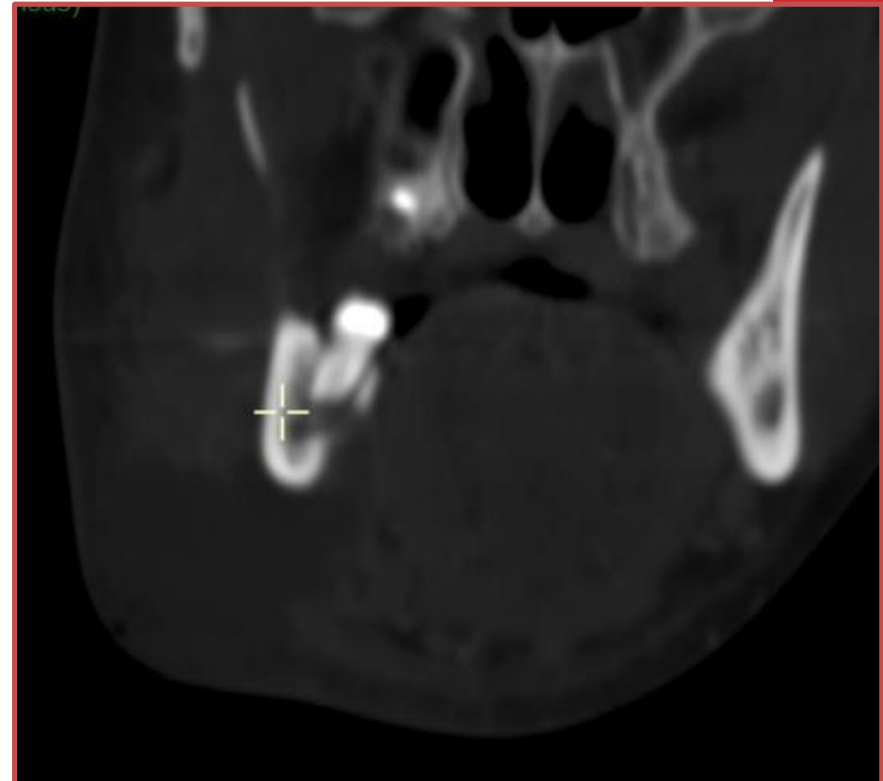
- Drainage sous AL avec pose d'une mèche
- AB IV 24h IV puis 2 semaines POS augmentin+ R/causal



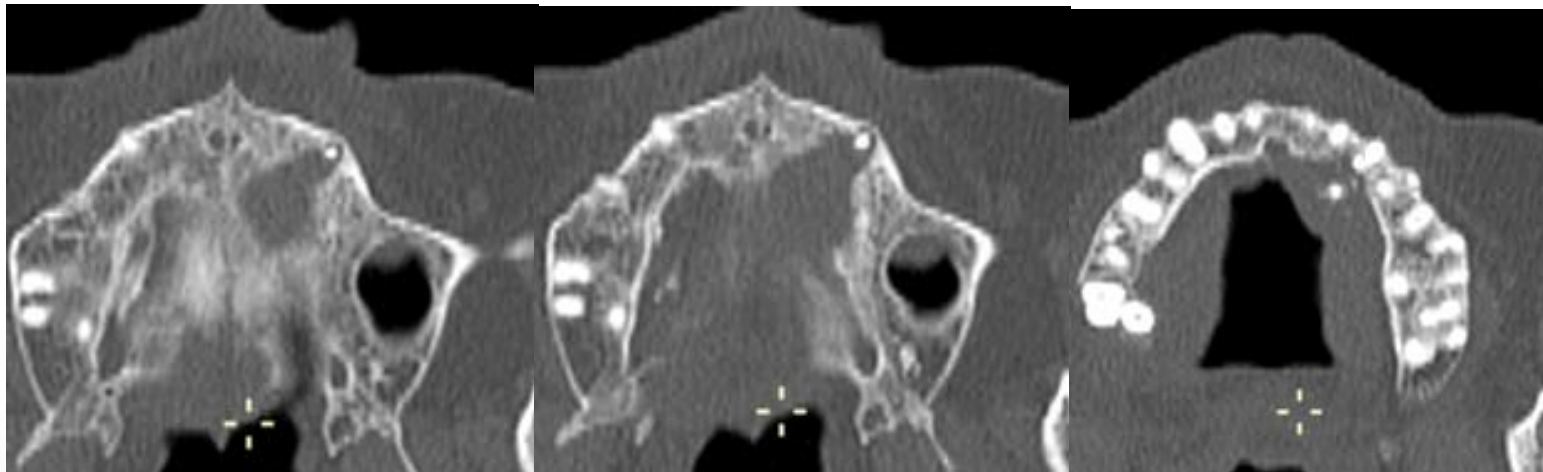
→ Cellulite purulente collectée (abcès) sous-mandibulaire droite



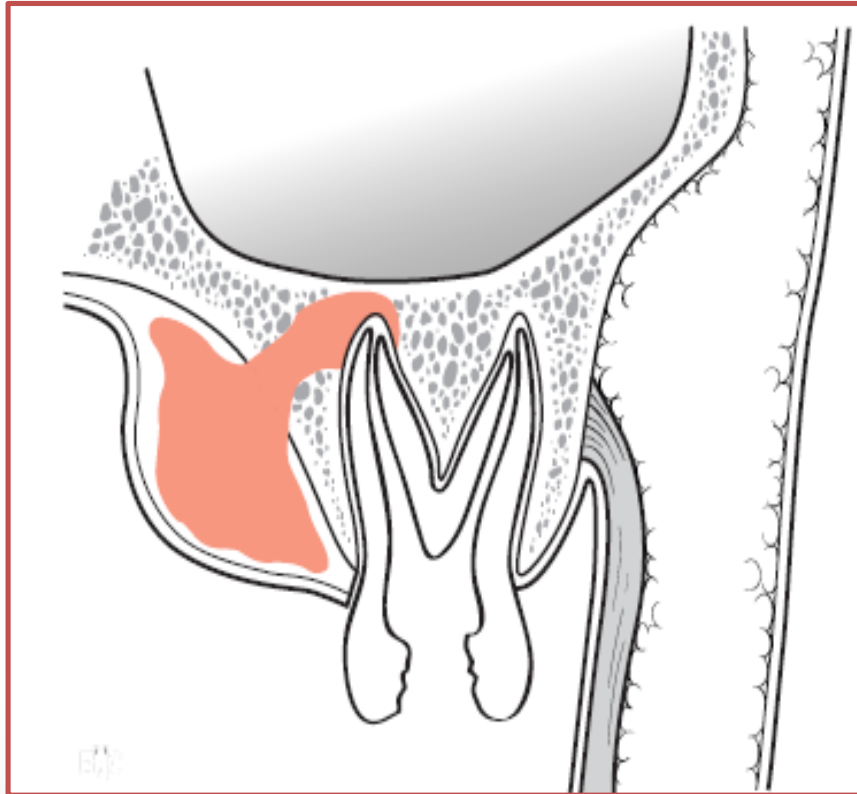
Dent causale: 47







→ Abscès sous périoste palatin



Conclusion

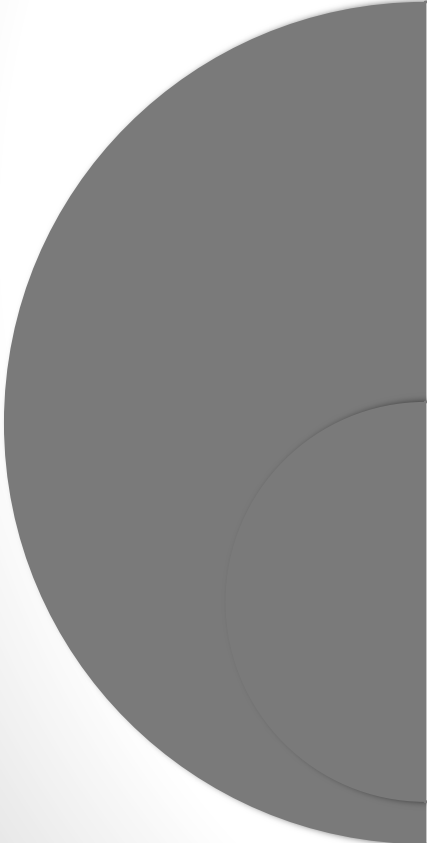
- Distinguer abcès/cellulite/phlegmon
- Origine dentaire++
- Symptomatologie et trait incision drainage sont fct localisation anatomique collection
- Clinique et imagerie (CT Scan +inj)
=> diagnostic
- Prise en charge : drainage- AB- R/ causal

Traumatologie dentaire

Par Dr. Pierre BALLIGAND
Chirurgien maxillo-facial
Namur

Traumatologie

Dentaire/ Dento – Alvéolaire



Fracture Dents (C – R)	• Luxation • Ingression • Avulsion
DENTS	

- Luxation
- Ingression
- Avulsion

➤ Dents Antérieures (Incisives supérieures)

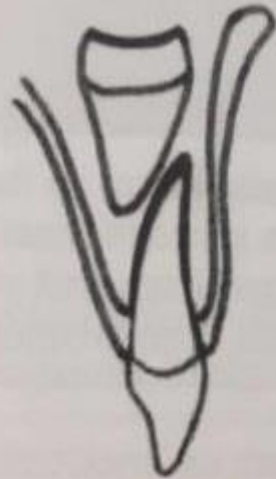
➤ Age patient

◆ Dentition lactéale

◆ Dentition définitive

6 ANS

Extrusion



- Déplacement partiel de la dent hors de son alvéole, en direction axiale
- Pas de fracture alvéolaire
- L'extrusion est souvent provoquée par un choc vertical

Luxation latérale



- Traumatisme le plus fréquent en denture temporaire
- Déplacement de la dent autre qu'axial généralement provoqué par un choc frontal
- Couronne le plus souvent déplacée en palatin avec ou sans fracture de la paroi alvéolaire vestibulaire

Intrusion



- Déplacement partiel ou total de la dent en direction apicale
- L'intrusion des incisives maxillaires est souvent provoquée par un choc vertical de bas en haut

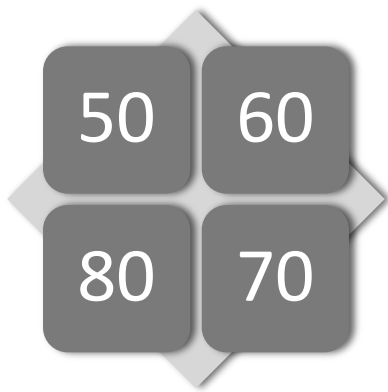
Expulsion



- Déplacement complet de la dent alvéole
- Un choc vertical du haut vers le bas souvent à l'origine de l'expulsion des incisives maxillaires

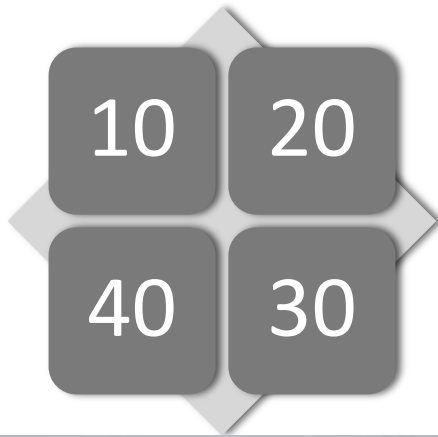
Dents de lait

Luxation / ingression/ Avulsion >> Fracture C-R Dents



- Ingression: ➔ 90% irruption spontanée – 1 à 6 mois
- **Avulsion: pas de réimplantation !**

Dents définitives



Immature / Mature

Apex / Fermé

Ouvert



Radiographies rétroalvéolaires au moment du traumatisme
et 6 mois après l'extrusion partielle de la 21 chez un enfant de 8 ans.

Éruption spontanée

Procédure permettant une meilleure cicatrisation que les autres options. Si aucun mouvement n'est observé dans les 4 semaines, entreprendre un repositionnement orthodontique.



Éruption spontanée.



À 15 jours.



À 1 mois.

Traction orthodontique

Solution choisie en première intention pour des déplacements plus sévères ou en deuxième intention en cas d'échec de la première solution :

- arc métallique adapté et fixé sur les dents adjacentes à la dent intruse (voir chapitre 56) ;
- attache fixée sur la dent intruse ;
- traction avec un élastique orthodontique pendant 4 semaines (contrôle du déplacement à 1-2 semaines) ;
- à 2-3 semaines, traitement endodontique de la DPM et évaluation de la vitalité pulpaire de la DPI.



Traction orthodontique sur une période de 1 mois.

Traction chirurgicale

Solution la plus rapide, choisie en dernière intention du fait d'un plus mauvais pronostic. Elle entraîne plus de complications (résorptions radiculaires) que les deux précédentes :

- anesthésie locale ;
- après syndesmotomie, repositionnement délicat de la dent intruse avec un davier ;
- réappliquer les parois alvéolaires par pression digitale ;
- nettoyer et sécher avant de réaliser la contention ;
- à 2-3 semaines, traitement endodontique de la DPM et évaluation de la vitalité pulpaire de la DPI ;
- retrait de la contention 4 semaines après le traumatisme.

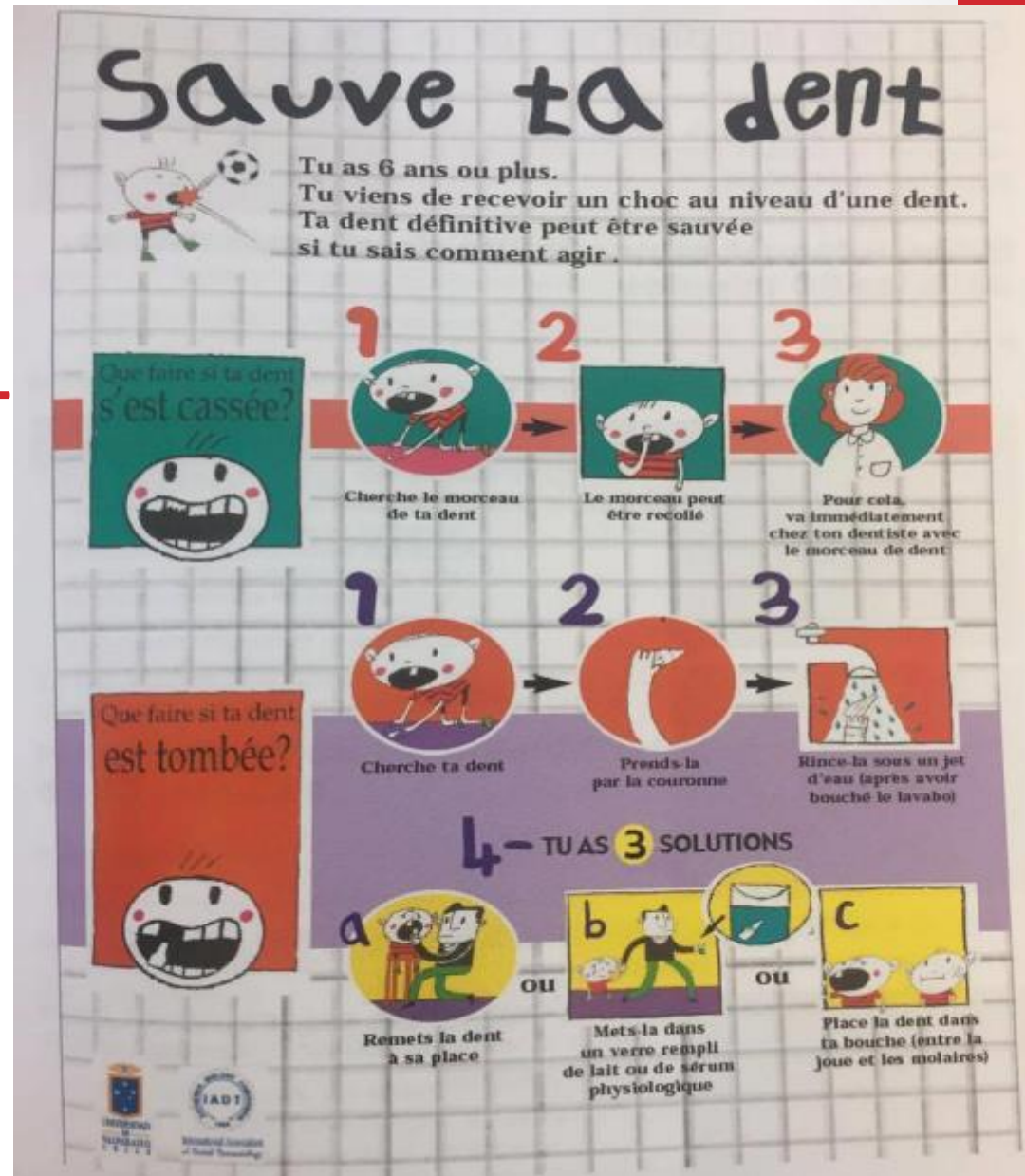
➤ Fracture Dents C-R

➤ Ingression Dents

➤ Luxation / Avulsion

➔ **REPOSITIONNEMENT**
LE + VITE POSSIBLE

30-60 MIN



Ligament Alveolo - Dentaire (Desmodonte)

- Repositionner la dent dans l'alvéole
- En fonction des plaies / fractures de l'os alvéolaire

→ VITALITE DE LA DENT

→ RHIZALYSE RACINE

