

Médiastinite compliquant une cellulite cervicale d'origine dentaire: À propos d'un cas et revue de la littérature

Mediastinitis complicating a cervical cellulitis of dental origin (A case report and literature review)

N N M RAZAFIMANJATO ^{(1)*}, L RAOELJAONA ⁽²⁾, L E RASOAMAMPANINA ⁽²⁾,
A J C RAKOTOARISOA ⁽¹⁾, T RAJAONERA ⁽²⁾, H J L RAKOTOVAO ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Service de Chirurgie Thoracique, CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo, Madagascar

⁽²⁾ Service de Réanimation Chirurgicale, CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo, Madagascar

RESUME

La médiastinite est souvent une complication grave des cellulites cervicales secondaire à une diffusion des infections développées à partir d'un foyer dentaire vers le médiastin. Les premiers signes sont parfois frustrés et peuvent conduire à un retard diagnostique. L'examen clé est la tomodensitométrie cervicale et thoracique. Son traitement consiste en une excision tissulaire large associée à une antibiothérapie dirigée contre les germes aéro-anaérobies. Les auteurs rapportent ici le cas d'un patient immunocompétent présentant une cellulite cervicale d'origine dentaire compliquée d'une médiastinite.

Mots clés : Cellulite ; Choc septique ; Médiastinite ; Sepsis.

ABSTRACT

Mediastinitis is a serious complication of cervical cellulitis. The last one is due to soft tissues infections related to a pharyngeal or dental origin. First symptoms are sometimes uneven, a reason of delay on diagnosis. Cervical and thoracic scan is the screening key. The treatment lays on soft tissue excision associated with antibiotics against aerobes and anaerobes. Authors relate about a case of an immunocompetent patient who presented a cervical cellulitis with dental origin and complicated of mediastinitis .

Keywords: Cellulitis; Mediastinitis; Sepsis; Septic shock.

Introduction

La médiastinite est la complication la plus grave des cellulites d'origine cervicale pouvant engager le pronostic vital à la phase septicémique. Ces infections doivent être traitées chirurgicalement en urgence car elles constituent une menace vitale et peuvent laisser des séquelles délabrantes (1).

A travers un cas clinique et une revue de la littérature nous discuterons la prise en charge d'une médiastinite compliquant une cellulite cervicale d'origine dentaire chez un sujet immunocompétent.

Observation

Nous rapportons l'observation d'un homme de 55 ans, tabagique, non éthylique ; qui présentait une masse latéro-cervicale droite, ferme, une altération de l'état général évoluant dans un contexte d'état de choc septique après une semaine d'extraction dentaire (M3) avec une notion de prise d'anti-inflammatoire (Ibuprofène) à raison de 150mg par jour en automédication. La radiographie thoracique de profil révélait une fusion d'image hétérogène dans l'espace rétro-sternal et préoesophagien (**Figure 1**). La ponction sous-cutanée cervicale sous anesthésie locale ramenait du pus. Le diagnostic de médiastinite était fortement suspecté et une antibiothérapie initiale, adjuvante, pro-



Figure 1: Image d'hyperclarté rétrosternale et préoesophagienne

Du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, et de l'Université d'Antananarivo, Madagascar.

*Auteur correspondant:

Dr. RAZAFIMANJATO Narindra Njarasoa Mihaja

Adresse: Service de Chirurgie Thoracique
CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona
BP 4150

101, Antananarivo, Madagascar

E-mail: razafesteban@yahoo.fr

Téléphone: +261-32-64-368-41

babiliste a été instaurée par voie intraveineuse : ceftriaxone (1 g x 3/j) associé à 5-nitro-imidazolés (500 mg x 3/j) et aminoside (160 mg /j).

Au bloc opératoire sous anesthésie générale, le foyer infectieux était abordé par une large incision latéro-cervicale et sus manubriale. Le phlegmon abcédé intramédiastinal a été drainé par des lames de Delbet descendues dans le médiastin antérieur (**Figure 2**). La culture du pus montrait la présence d'enterobacter cloacae et du citrobacter freundii multisensible. L'antibiothérapie initiale a été par la suite réajustée aux résultats de l'antibiogramme, une sonde nasogastrique a été mise en place pour la réalimentation précoce de notre patient. La suite opératoire était favorable avec amélioration des paramètres clinico-radiologiques.

Discussion

Le terme de cellulite cervicale regroupe des entités anatomo-pathologiques variées allant d'une atteinte du derme superficiel jusqu'aux plans musculaires (2). En l'absence d'un traitement chirurgical précoce et bien conduit, l'infection peut se propager vers le médiastin par diffusion suivant le trajet des gaines du cou dans plus de 20 % des cas (3, 4). L'origine dentaire de la cellulite est identifiée par la plupart des études comme un facteur favorisant l'extension vers le médiastin notamment lorsque les deuxième ou troisième molaires sont infectées (1). Les facteurs de risque classiques d'immunosuppression comme l'alcoolisme, le diabète, les pathologies néoplasiques, la prise d'anti-inflammatoire non stéroïdiens ou de corticoïdes sont fréquemment incriminés (1). Les patients sont souvent hospitalisés pour des douleurs persistantes après une extraction dentaire ou par la sensation de masse liée au développement d'un abcès oro-pharyngée, parfois au stade de complication pour une dyspnée ou une altération de l'état général. L'examen clinique est souvent initialement pauvre mais peut retrouver un érythème ou un œdème local souvent discret. Le cou devient ensuite rouge tendu et douloureux. La présence de crépitations signe la production de gaz par des germes anaérobies. L'examen doit rechercher des signes d'extension : dysphagie et dyspnée laryngée qui témoignent un retentissement sur les voies aériennes supérieures. L'état général peut être longtemps conservé et s'altérer brutalement (1).

Le bilan biologique retrouve un syndrome inflammatoire biologique non spécifique. L'essentiel du bilan de localisation et d'extension est fait sur la tomodensitométrie cervicothoracique injectée. Cet examen recherche: le point de départ de l'infection ; dentaire ou pharyngée et les signes témoignant de l'atteinte des parties molles: infiltration des tissus, collections, présence de gaz (1). Dans notre cas, la difficulté d'accessibilité au TDM pour une raison pécuniaire nous a obligé de justifier l'indication chirurgicale devant l'anamnèse, une simple radiographie du thorax de profil montrant une image de clarté hétérogène rétro-sternale et rétro-trachéale et la ponction diagnostic ramenant du pus.



Figure 2: Drainage de la cavité médiastinale par un drain de DELBET

En période préopératoire, on peut pratiquer des ponctions sous-cutanées après injection d'un petit volume de sérum physiologique (10 ml) au milieu des lésions nécrotiques (sensibilité > 70%) (5).

Dans la prise en charge de la médiastinite, le retard de diagnostic, l'attentisme sous antibiothérapie même bien conduite, la prescription abusive d'anti-inflammatoire et une chirurgie retardée et/ou insuffisante sont les principaux facteurs expliquant de nombreux décès (5). L'antibiothérapie n'est qu'adjuvante dans la stratégie thérapeutique après la chirurgie car elle permet de limiter l'extension de l'infection aux zones saines périphériques et la septicémie. Les antibiothérapies doivent être introduites par voie veineuse, à visée bactéricides contre les anaérobies et aérobie, synergiques et sont administrées à fortes doses à intervalles rapprochés, variables selon les antibiotiques et la fonction rénale du patient. Dans un second temps, elles seront adaptées aux résultats des cultures des prélèvements per-opératoires. 60 à 90% des cellulites cervicales sont polymicrobiennes à flore mixte aéroanaérobie (5). On retrouve principalement des streptocoques du groupe milleri (anginosus, constellatus, intermedius), des streptocoques pyogènes et quelques staphylocoques dorés ou à coagulase négative et des Prevotella X1 (5). On cible plutôt les streptocoques, ceux du groupe A en particulier, et les anaérobies (souvent sensibles aux bêtalactamines).

L'association classique comprend pénicilline G à la dose de 30 MU/j (ou amoxicilline : 100 mg/kg par jour) et clindamycine à la dose de 600 mg quatre fois par jour ou rifampicine 10 mg/kg deux fois par jour (5). Les examens directs permettent de débiter une antibiothérapie ciblée qui sera par la suite réajustée aux résultats des cultures. Les hémocultures, bien que systématiques, ne sont positives que dans 10 à 35 % des cas (6).

Le foyer infectieux est abordé par une large incision cervicale et le médiastin est drainé selon l'extension de l'infection par des lames descendues à partir de la cervicotomie, médiastinotomie aidée par une médiastinoscopie, par sternotomie ou par thoracotomie lorsque les

collections sont plus profondes (6). L'erreur à éviter est un traitement trop conservateur ne permettant pas d'éliminer tous les tissus nécrosés et infectés (6). La durée de l'antibiothérapie varie selon les habitudes des équipes, la gravité de l'infection initiale et surtout l'évolution du patient. Elle est maintenue à un minimum 15 jours jusqu'à plusieurs semaines après disparition des signes d'infection locaux et généraux. Certains la préconisent jusqu'à la fermeture complète des lésions cutanées mais la littérature ne donne pas de réponse concrète (5).

L'intérêt de l'oxygénothérapie hyperbare reste controversé. La Haute Autorité de Santé recommande l'oxygénothérapie hyperbare en traitement adjuvant et simplement sur des avis d'experts, en précisant que ces recommandations ne sont pas soutenues par des données de haut niveau de preuve. Elle est aussi utilisée afin d'accélérer la cicatrisation des plaies (7). Dernièrement, une alternative intéressante aux pansements classiques serait les pansements occlusifs à pression négative type VAC (Vacuum-assisted closure). Ceux-ci permettent une meilleure cicatrisation du site opératoire. Lorsqu'ils sont utilisés dans les fasciites nécrosantes, ces pansements ne sont pas mis en place initialement mais seulement après plusieurs jours de pansements classiques ce qui permet de s'assurer que l'infection est jugulée et que tout tissu nécrotique a bien été excisé (8, 9).

Conclusion

La médiastinite est une affection grave engageant le pronostic vital du patient nécessitant un traitement urgent et une prise en charge médicochirurgicale pluri-

disciplinaire entre infectiologue, réanimateur et chirurgien thoracique. Sa prise en charge obéit à un principe intangible, celui de traiter une infection et simultanément d'éradiquer sa porte d'entrée souvent d'origine dentaire. Pour préciser au mieux l'extension de l'infection une tomодensitométrie cervicothoracique est nécessaire. Elle permet de guider au mieux la stratégie chirurgicale toute en sachant que lorsqu'elles s'étendent en dessous de l'arc aortique, son taux de morbi-mortalité est très augmenté.

Références

1. Petitpas F., Mateo J., Blancal JP, Mimoz O. Fasciites cervicales nécrosantes. *Le Prat Anesth Rean.* 2010; 14.
2. Conférence de consensus. Erysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. *Ann Dermatol Venereol.* 2001; 128: 463-82.
3. Mathieu D., Neviere R., Teillon C., Chagnon JL., Lebleu N., Wattel F. Cervical necrotizing fasciitis : clinical manifestations and management. *Clin Infect Dis.* 1995; 21: 51-6.
4. Mohammedi I., Ceruse P., Duperret S., Vedrinne JM, Boulétreau P. Cervical necrotizing fasciitis: 10 years experience at a single institution. *Int Care Med.* 1999; 25: 829-34.
5. Bédos J. Dermohypodermes bactériennes nécrosantes et fasciites nécrosantes: quels antibiotiques et comment? *Ann Fr Anesth Rean.* 2006; 982-5.
6. La Rosa J., Bouvier S., Langeron O. Prise en charge des cellulites maxillo-faciales. *Le Prat Anesth Rean.* 2008; 309-15.
7. Rapport HAS. Oxygénothérapie hyperbare. Service évaluation des actes professionnels. 2007.
8. Bronchard R. et al. Vacuum-assisted closure in the treatment of perineal necrotizing skin and soft tissue infections. *Int Care Med.* 2008; 34: 1345-7.
9. Oczenski W. et al. Vacuum-assisted closure for treatment of cervical and mediastinal necrotizing fasciitis. *J Cardio Vasc Anesth.* 2004; 18: 336-8.