



Article original

Les cellulites cervico-faciales : facteurs favorisants, aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif au service d'Otorhinolaryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale de l'Hôpital Régional de Kankan, Guinée-Conakry

Cervico-facial cellulitis: predisposition factors, epidemiological, clinical, therapeutic and evolutionary aspects in the service of otorhinolaryngology and cervicofacial surgery of the Kankan Regional Hospital, Guinea-Conakry

A Keïta^{1*}, M Fofana², I Diallo¹, MMR Diallo¹, M Keita¹, F Konate²

Résumé

Introduction : les cellulites cervico-faciales sont des infections bactériennes extensives qui touchent les espaces aponévrotiques de la face et du cou

Objectif : l'objectif était de décrire les facteurs favorisants, les aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutive des cellulites cervico-faciales. Méthodologie : Il s'agissait une étude rétrospective de type descriptif d'une durée de 3 ans, allant du 1^{er} Mars 2013 au 1^{er} mars 2016 qui a concerné les dossiers médicaux complets des malades présentant une cellulite cervico faciale.

Résultat : Pendant trois (3) ans, 2232 malades étaient reçus dans le service parmi lesquels 205 patients ont présenté une cellulite cervico faciale (9,18%). Nous avons noté une prédominance de la tranche d'âge de 20 à 29 ans soit 39,2% avec des extrêmes de 1 à 85 ans et une prédominance masculine de 61,46% contre 38,24% soit un sexe ratio 1,5%. Le faible niveau socio-économique des malades semble être un facteur déterminant

dans la survenue des cellulites. Les caries dentaires représentent la cause la plus fréquente avec 53,41% des cas. L'automédication et le recours aux traitements traditionnels retarderaient la consultation et aggraverait le pronostic. La notion de prise d'AINS constitue le facteur de risque le plus retrouvé 32,68%. Conclusion : les cellulites cervico-faciales sont relativement fréquentes au service ORL de Kankan. Le diagnostic est clinique, les facteurs favorisant restent dominés par les causes dentaires et les infections pharyngées. L'automédication et le recours aux traitements traditionnels retarderaient la consultation et aggraverait le pronostic. Sa gravité doit inciter à une plus grande vigilance.

Mots clés : Cellulite cervico-faciale, Hôpital Régional de Kankan, sous médicalisation, auto médicalisation.

Abstract

Introduction: Cervico-facial cellulitis is an extensive bacterial infection that affects the fascial areas of the face and neck.

The objective: was to describe the contributing factors, the epidemiological, clinical, therapeutic and evolutionary aspects of cervicofacial cellulitis.

Methodology: This was a descriptive retrospective study lasting 3 years, from March 1st, 2013 to March 1st, 2016, which concerned the complete medical records of patients with cervico-facial cellulitis.

Result: during three (3) years, 2232 patients consulted in the service among which 205 patients presented cervico-facial cellulitis (9,18%). We noted a predominance of the age group of 20 to 29 years, ie 39.2% with extremes of 1 to 85 years and a male predominance of 61.46% against 38.24% or a sex ratio 1.5 %. The low socioeconomic level of patients seems to be a determining factor in the occurrence of cellulite. Dental caries is the most common cause with 53.41% of cases. Self-medication and the use of traditional treatments would delay consultation and worsen the prognosis. The notion of taking NSAIDs is the most found risk factor 32.68%.

Conclusion: Cervico-facial cellulitis is relatively common in the Kankan ENT department. The diagnosis is clinical, the factors favoring remain dominated by dental causes and pharyngeal infections. Self-medication and the use of traditional treatments would delay consultation and worsen the prognosis. Its gravity must encourage greater vigilance.

Keywords: Cervico-facial cellulitis, Kankan Regional Hospital, under medicalization, auto medicalization.

Introduction

Les cellulites cervico-faciales (CCF) ou fasciites nécrosantes sont des infections bactériennes extensives, qui touchent les espaces aponévrotiques de la face et du cou [1]. Elles constituent l'une des urgences infectieuses les plus fréquentes en ORL, mais également parmi les plus graves. Leur mortalité reste non négligeable malgré les progrès diagnostiques et thérapeutiques [2]. La détresse respiratoire et le choc septique provoqués par l'infection représentent les principales causes de décès des patients [3]. L'infection a pour principale origine un point de départ bucco-dentaire (70 %) ou oro-pharyngé (20 %) [2]. L'étiologie la plus fréquente est la carie dentaire [4]. Les formes graves de la maladie peuvent être la conséquence d'un traitement incomplet ou inadapté (antibiothérapie inadaptée à la flore bactérienne en cause, excision chirurgicale insuffisante des tissus nécrotiques), ou encore la conséquence d'un terrain sous-jacent favorisant, responsable d'une défaillance des défenses de l'organisme (diabète, immunodépression congénitale ou acquise).

À côté de ces facteurs favorisants reconnus, la prescription abusive et non justifiée d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) a été rapportée dans de nombreuses études de la littérature médicale comme un facteur de risque d'évolution compliquée des cellulites cervico-faciales, même si le lien de causalité n'a pu encore être affirmé avec certitude [2].

Deux auteurs guinéens Keita A. et Diallo O. R. ont trouvé des prévalences respectives de 6,4% en 2010 et 0,80% de cellulite cervico-faciale de 0,80% en 2006 [5].

Le but de cette étude était de décrire les facteurs favorisants, aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutive des cellules cervico-faciales à l'Hôpital Régional de Kankan.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif d'une durée de 3 ans allant du 1^{er} Mars 2013 au 1^{er} Mars 2016 service d'ORL de l'hôpital Régional de Kankan. Il représente une des plus grandes infrastructures en matière de capacité de soins, infrastructure d'accueil en dehors des deux (2) centres hospitalo-universitaires de la capitale. Nous avons colligé cette étude sur 205 dossiers des patients admis pour cellulite cervico-faciale. Notre échantillonnage a été exhaustif et nos variables ont été socio-démographiques, cliniques et thérapeutiques. Epi-info 7.0 nous a servi de logiciel de saisie et d'analyse des données.

Résultats

Parmi les 2232 dossiers que nous avons sélectionné pour toutes les pathologies de la région antéro-cervicale, 205 représentaient les cellulites cervico-faciales soit une prévalence de 9,18%.

Selon le sexe, les femmes représentaient 38,54% (n=193) et les hommes 61,46% (n=126) avec un sex-ratio de 1,59.

Les professions suivantes ont été trouvées : les cultivateurs 40,98% (n=84), les ménagères 36,10% (n=74), les élèves et/ou étudiants 7,32% (n=15), les marchands 5,37% (n=11), les ouvriers 4,88% (n=10), les chauffeurs 1,95% (n=4), les chômeurs 3,41% (n=7). Concernant la provenance et la scolarisation des patients : Mandiana représentait 34,63% (n=71), Siguiri 28,29% (n=58), Kankan 23,90% (n=49), Kouroussa 11,22% (n=23) et

Kérouané 1,95% (n=4). Les non scolarisés représentaient 89,75% (n=184), le niveau primaire 5,85% (n=12), le niveau secondaire 3,41% (n=7) et le niveau supérieur 0,97% (n=2)

Les facteurs favorisants étaient la mauvaise hygiène bucco-dentaire 63,41%, la notion de prise d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) 32,68%, le diabète 12,19% et la consommation du tabac et de l'alcool représentaient respectivement 20,49% et 4,88%.

Concernant l'automédication nous avons notifié l'usage des antalgiques (92,19%), les AINS (75,12%), les antibiotiques (36,09%) et l'antibiotique + l'AINS (31,70%).

Selon le traitement chirurgical, l'incision drainage + exérèse des tissus nécrosés a été réalisée dans 95,60% et l'incision drainage représentait 4,40%.

Concernant la condition de prise en charge, 74,15% des patients ont été hospitalisés et 25,85% ont été suivi en ambulatoire.

Selon l'issue des patients, 94,63% étaient guéris et 5,36% étaient décédés.



Figure 1 : Patient présentant des tuméfactions antéro-cervicales.



Figure 2 : Patient présentant une cellulite cervico-faciale odontogène collectée de pus franc.



Figure 3 : Patient présentant une cellulite cervico-faciale drainée en phase de cicatrisation.

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge

Tranches d'âges	Effectifs	%
<10 ans	9	4,39
10-19 ans	26	12,69
20-29 ans	80	39,02
30-39 ans	46	22,45
40-49 ans	24	11,69
50-59 ans	10	4,88
60 ans et Plus	10	4,88
Total	205	100
Age moyen=30,67 ans		Extrêmes= 1 an et 85 ans

Tableau II : Répartition des patients en fonction des signes cliniques

Motifs de consultation	Effectif	%
Douleur dentaire	201	98,04
Dysphagie	198	96,56
Tuméfaction cervico-faciale	187	91,21
Trismus	185	90,24
Douleur thoracique	160	78,04
Fièvre	153	74,63
Dyspnée	100	48,78
Otalgie	75	36,58
Dysphonie	60	29,26
Plaie du cou	24	11,70

Tableau III : Fréquence des signes à l'examen physique.

Signes physiques	Effectif	%
Mauvais état bucco-dentaire	189	92,19
Hypertrophie amygdalienne	135	65,85
Hyperhémie pharyngée	115	56,09
Abcès Pharyngé	90	43,90
Hypertrophie des cornets antérieurs	75	36,58
Suppuration des fosses nasales	32	15,60
Perforation tympanique	5	2,43

Tableau IV : Répartition des patients selon le séjour d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation (en jour)	Effectif	%
1 - 5	23	15,13
6 - 10	40	26,31
11 - 15	80	52,63
16 - 20	7	4,60
21 - 25	2	1,31
Durée moyenne : 8,57 jours		Extrême 1 et 24 jours

Discussion

Il s'agissait d'une étude rétrospective d'une durée de 3 ans (2013-2016) que 2232 malades ont consulté dans le service parmi lesquels 205 patients ont été diagnostiqués pour cellulites cervico-faciales soit un taux de 9,18% qui est supérieur à celui trouvé par Keïta A. et al. [6] dans leur étude portant sur l'analyse de 14 cas de cellulite cervico-faciale au service ORL de l'Hôpital National Donka en 2010 qui est de 6,4%. Mais similaire à celui rapporté par Njimah et al. (9,1% ; n=79 ; N=864 patients) au service ORL de l'Hôpital Laquintinie de Douala entre 2009-2011 [7]. Ces fréquences sont fortement supérieures à celle retrouvée dans la littérature. Elle est de 4 à 5 par an [8,9].

L'âge moyen des malades était de 30,67 ans avec des extrêmes de 1 an et 85 ans. Nous avons noté une prédominance dans la tranche d'âge de 20-29 ans avec 39,02%. Ce résultat est similaire à de nombreuses études [1,3,4,7,8,10-16]. Cela rejoint la littérature du fait que les cellulites cervicales peuvent se voir à tout âge mais elles intéressent surtout l'adulte jeune entre 20 et 30 ans [17,18] d'une part et d'autre part lié à la survenue fréquente des accidents d'évolution de la dent de sagesse au cours de cette période de la vie, et également à la longue évolution des caries dentaires qui débutent souvent depuis l'enfance sans être traitées ou mal traitées. Les deux sexes ont été concernés par les cellulites cervico-faciales, avec une prédominance masculine de 61,46% contre 38,24% pour le sexe féminin et un sex-ratio de 1,59. Cette prédominance masculine a été retrouvée dans plusieurs auteurs [4,7,11-16,19]. Elle a été contraire à certains auteurs [6,10]. Le fait est que la jeune femme pour des raisons de coquetterie s'occupe plus de son hygiène

corporelle en général et bucco-dentaire particulièrement. Les cultivateurs étaient les plus concernés dans 40,98% des cas suivi des ménagères 36,10%. Ils présentaient une mauvaise hygiène bucco-dentaire et manque de moyens financiers pour prendre en charge précocement les pathologies bucco-dentaires d'allure bénigne au départ. Cette fréquence de cellulites dans ces milieux s'explique aussi par la consultation tardive des patients. En effet, ceux-ci ne se rendent à l'Hôpital que lorsque la tradithérapie s'est avérée inefficace et devant l'aggravation de la maladie. La majorité provenait de Mandiana (34,63%) suivi de 28,29% de Siguir (Villes de la région naturelle de la haute Guinée). Cette fréquence élevée dans ces villes pourrait s'expliquer d'une part par l'affluence des personnes vers les zones minières et d'autre part par le manque de personnels qualifiés pour la prise en charge de cette pathologie. La majorité était non scolarisée (89,75%) et ceux du niveau primaire représentait 5,85%. Ce constat existe dans de nombreux pays africains surtout dans les régions reculées comme dans notre cas. Cette non scolarisation et le bas niveau scolaire peuvent favoriser la survenue de la cellulite cervico-faciale à cause des mesures d'hygiène bucco-dentaire souvent précaires.

La mauvaise hygiène bucco-dentaire représentait 63,41%, 32,68% avaient pris des anti-inflammatoires non stéroïdiens à domicile, 20,49% étaient tabagiques, 12,19% diabétiques, 4,88% alcooliques. La plupart des auteurs ont souligné le rôle favorisant de la mauvaise hygiène buccale, de la grossesse, du déficit immunitaire, des tares telles que le diabète, et de la prise d'anti-inflammatoire [1-8,10-15,19]. Outre les anti-inflammatoires, le diabète et l'antibiothérapie inadaptée (molécule ou posologie) sont souvent évoqués comme facteurs favorisant des cellulites.

Les autres facteurs souvent cités sont l'alcool, le tabac, la toxicomanie, la grossesse, une hémopathie sous chimiothérapie, une aplasie médullaire, la malnutrition, l'insuffisance rénale chronique [4]. La prise d'anti-inflammatoire non stéroïdien en association avec les antibiotiques dans les jours qui précèdent la survenue de la cellulite a été retrouvée chez 36,09%. 92,19% de nos patients avaient déjà pris des antalgiques et 75,12% avaient pris d'anti-inflammatoire non stéroïdien seul. Rakotoarison en 2008 [4] à Madagascar avait trouvé que la notion de prise d'anti-inflammatoire non stéroïdien est rencontré dans plus de la moitié des cas 52% ce qui est inférieur à notre résultat. Ceci pourrait s'expliquer par l'automédication très développée dans les pays en voie de développement dont le nôtre. L'inflammation résulte d'un ensemble de phénomènes de défense humorale et cellulaire survenant devant une agression exogène ou endogène. Elle est donc habituellement bénéfique, mais elle peut être néfaste du fait de sa localisation ou de certains dérèglements. En diminuant les premiers signes de l'inflammation, ils peuvent retarder la première consultation. Les AINS semblent augmenter la virulence et la prolifération microbienne dans les gangrènes streptococciques. SIMON et al. recommandent l'interdiction de leur prescription dans le traitement des cellulites. Les corticoïdes sont également considérés comme des facteurs favorisant la diffusion des cellulites. Ils ont une action immunosuppressive sur le mécanisme humoral de défense. Elles réduisent de façon significative la synthèse des immunoglobulines G et inhibent l'adhérence des polynucléaires et la capacité phagocytaire des macrophages [4]. Les motifs de consultations les plus représentées sont la douleur dentaire (98,04%) et la dysphagie (96,56%). Par contre Miloundja a trouvé que le trismus (66%) et l'altération de l'état général

(34,4%) ont été les plus représentées [10]. Le trismus représentait 60% dans l'étude d'El Ayoubi [11]. Njimah quant à lui a trouvé la Fièvre (82,3%) et la Dysphagie (69,6%). La tuméfaction antécervicale a été le motif de consultation le plus fréquent (97%) dans l'étude Rouadi [14]. La symptomatologie est rattachée au fait que dans notre série la porte d'entrée a été essentiellement dentaire puis amygdalienne (Figure 1). C'est pourquoi l'examen physique a permis de retrouver une mauvaise hygiène dentaire (92,19%) et une hypertrophie amygdalienne (65,85%). Dans notre étude, 74,15% ont été hospitalisés contre 25,85% suivi à l'ambulatorio. Ce qui justifie que la plupart de nos malades a été reçu dans un tableau d'infection étendue et grave. Les suites évolutives ont été simples chez 94,83% contre 5,36% de décès lié au choc septique et à la médiastinite. Keïta A. et Coll. [6] quant à eux, ont rapporté 71,42% de suites évolutives simples et 1 (7,14%) seul cas de décès lié à la médiastinite et la septicémie.

Beaucoup d'autres études ont rapporté ces mêmes complications avec des taux de mortalité considérable [2-4,6,7,16,19,20]. Le taux élevé de mortalité dans notre étude serait favorisé par la faiblesse de moyens financiers de ces patients qui sont presque tous issus de la catégorie socio-professionnelle à revenu faible. En effet une antibiothérapie par voie parentérale précoce et à large spectre aurait pu éviter la survenue de choc septique. La deuxième raison serait le manque de moyens matériels et de service de chirurgie thoracique à l'Hôpital Régional de Kankan permettant de prendre en charge les cas de médiastinites. Alors que Bado F. et al. [17] à Paris ont observé 10 cas d'extension médiastinale mais sans décès. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 8,57 jours avec des extrêmes de 1 jour et 24 jours. Le même constat a été fait par El Ayoubi

[11]. Nous accusons la difficulté de prise en charge des malades liées à un manque de moyens humains et matériels dans le service qui ne disposait que de 3 médecins lors de l'étude. La lourdeur du traitement impliquait une prise en charge hospitalière plus longue.

Tous ont bénéficié d'un traitement chirurgical à type d'incision, drainage et excision des tissus nécrotiques du fait qu'ils étaient reçus dans un tableau de cellulite diffuse. Le traitement chirurgical par drainage a représenté la principale modalité thérapeutique de ces cellulites avec collection purulente (Figure 2), il a été réalisé dans 95,60% des cas sous anesthésie locale. Plusieurs études notamment africaines ont décrit la même technique qui est celle recommandée par la littérature [1-4,7,8,10-15,21,22].

Au stade de collection purulente, une incision et drainage transmuqueuse ou transcutanée était nécessaire. Ce drainage a concerné toutes les loges de la collection et a été associé à un débridement du tissu nécrotique (Figure 3). Par ailleurs, le traitement médical a consisté à la prescription d'antibiotique active sur les germes aérobies et anaérobies de la sphère ORL et Odontostomatologique. Les antibiotiques employés ont été les bêta lactamines (Amoxicilline-acide clavulanique), les aminosides (Gentamycine), les dérivés imidazolés (Métronidazole) et les macrolides (Erythromycine ou Azithromycine). Les posologies ont été adaptées selon le poids, l'état de gravité du tableau clinique, selon le stade de la cellulite et les formes cliniques. Le choix des antibiotiques n'a pas été ordonné par l'antibiogramme du fait que le laboratoire de l'Hôpital n'était pas en mesure de le faire.

Conclusion

Les cellulites cervico-faciales sont des affections fréquentes en ORL et reste une affection grave par la survenue fréquente des complications. Le faible revenu socio-économique des malades semble être un facteur déterminant dans la survenue des cellulites. Les caries dentaires représentent les causes les plus fréquentes des chirurgies cervico faciales. L'automédication et le recours au traitement traditionnel retarderaient la consultation et aggraveraient le pronostic. L'espoir de voir la diminution de l'incidence de cette affection de complications redoutables repose sur une intensification de la politique de santé bucco-dentaire dans notre pays car la porte d'entrée est essentiellement dentaire.

*Correspondance

Abdoulaye Keïta
(abdoulayeorl@gmail.com)

Reçu: 20 Mars, 2018 ; Accepté: 26 Avril, 2018; Publié: 03 Mai, 2018

¹Service ORL Hôpital National Donka, Conakry, Guinée
²Service Service ORL Hôpital Regional Kankan, Conakry, Guinée

© Journal of african clinical cases and reviews 2018

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

[1] Blancal J-P, Kania R, Sauvaget E, Huy PTB, Mateo J, Guichard J-P, et al. Prise en charge des cellulites cervicofaciales en réanimation. Réanimation. 2010;19(4):297-303.

- [2] Bennani-Baïti AA, Benbouzid A, Essakalli-Hossyni L. Les cellulites cervico-faciales: l'impact de l'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens. À propos de 70 cas. *Ann Fr Oto-Rhino-Laryngol Pathol Cervico-Faciale*. 2015;132(4):169–173.
- [3] Odzili FI, Guimbi KM, Boumandoki PJC, Otiobanda GF, Ovoundard M, Ondzotto G. 67 cas de cellulite cervico-faciale, pris en charge sous anesthésie locale au CHUB de Brazzaville. *Rev Stomatol Chir Maxillo-Faciale Chir Orale*. 2014;115(6):349–352.
- [4] Rakotoarison RA, Ramarozatovo NP, Rakoto FA, Rakotovoao FJ. Cellulites cervico-faciales: à propos de 41 cas. *Médecine Buccale Chir Buccale*. 2008;14(1):35–39.
- [5] Diallo OR, Balde NM, Conde B, Camara SAT, Bah AT. Les cellulites cervico-faciales chez le patient diabétique au CHU de Conakry. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-Fac*. 2006;13(3):13–6.
- [6] Keïta A, Diallo AO, Baldé M, Baldé D, Condé M, Barry AO, et al. Cellulite cervico faciale: analyse de 14 cas au service d'ORL de l'Hôpital National Donka. *Guinée Médicale*. 2010;4(N°70):1-4.
- [7] Njimah AN, Kouotou EA, Bell Essama L, Moby H, Mapoure Y, Motah M, et al. Cellulites cervico-faciales en milieu hospitalier Camerounais. *Health Sci Dis*. 2014;15(1).
- [8] Hounkpe YYC, Oussa GB, Vodouhe SJ, Babagbeto MJ, Medji ALP, Bassabi SK. Les cellulites cervico-faciales: à propos de 55 cas colligés dans les services d'ORL et d'Ophthalmologie du CNHU de Cotonou. *Médecine Afr Noire*. 1990;37(1):29–34.
- [9] Collège français de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie. Les lésions dentaires et gingivales. In Université Claude Bernard de Lyon; 2005.
- [10] Miloundja J, Eyogho SFA, Lawson JMM, Ondounda M, Koumba JS, Lekassa P, et al. Cellulites cervico-faciales diffuses: 32 cas vus à Libreville. *Cah Détudes Rech Francoph*. 2012;21(3):153–157.
- [11] El Ayoubi A, El Ayoubi F, Mas E, Guertite A, Boulaïch M, Essakalli L, et al. Cellulites cervico-faciales diffuses d'origine dentaire: à propos de 60 cas. *Médecine Buccale Chir Buccale*. 2009;15(3):127–135.
- [12] Potard G, Marianowski R, Fortun C, Raybaud O, Preveraud D, Vazel L, et al. Cellulites de la face et du cou: à propos de 13 cas. *J Fr Oto-Rhino-Laryngol*. 2000;49(6):325–337.
- [13] Zaghré N, Gyébré YMC, Gouéta A, Bakyono E, Ouattara M, Ouoba K. Les cellulites cervico-faciales à propos de 127 cas: aspects diagnostiques et thérapeutiques. *Rev Afr Chir Spéc*. 2016;10(1):5–11.
- [14] Rouadi S, Ouaiissi L, El Khiati R, Abada R, Mahtar M, Roubal M, et al. Les cellulites cervico-faciales à propos de 130 cas. *Pan Afr Med J*. 2013;14(1).
- [15] Lakouichmi M, Tourabi K, Abir B, Zouhair S, Lahmiti S, Hattab NM. Les cellulites cervico-faciales graves, facteurs et critères de gravité. *Pan Afr Med J*. 2014;18(1).
- [16] Randriamanantena T, Rakotoarison RA, Razafimbahoaka T, Randriamanantenaso H, Razafindrabe JAB, others. Traitement chirurgical des cellulites odontogènes dans le Service de Chirurgie maxillofaciale du CHU d'Antananarivo. *Médecine Buccale Chir Buccale*. 2011;17(3):195–201.
- [17] Bado F, Fleuridas G. Cellulites cervicales diffuses, à propos de 15 cas. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 1997;4(98):266-8.
- [18] Gehanno P, Lacau Saint-Guilly J, Regnier B, Vachon F. Les cellulites cervicales à germes anaérobies à propos de 10 cas. *Ann Oto-Laryngol Paris*. 1982;99:41–6.
- [19] Benzarti S, Mardassi A, Mhamed R, Hachicha A, Brahem H, Akkari K, et al. Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire: a propos de 150 cas. *J Tunis ORL Chir Cervico-Faciale*. 2007;19(1).
- [20] El Moussaoui R, Bencheqroun A. Une complication redoutable d'une cellulite cervicale après extraction dentaire: la médiastinite. *J Eur Urgences*. 2007;20(3):120–123.
- [21] Davido N, Frederec B, Kazutoyo Y. Cellulites faciales odontogènes de l'adulte Prise en charge médico-chirurgicale. *L'information Dent*. 2011;(N°21):76-7.
- [22] Romain P, Schmidt P, Hannion X, Le Tarnec A, Chalumeau F, Legros M. Cellulites cervico-faciales gangreneuses d'origine dentaire (à propos de 11 cas). *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 1989;90(6):428–437.

Pour citer cet article:

Keïta Abdoulaye, Fofana Mamady, Diallo Ibrahima et al. Les cellulites cervico-faciales : facteurs favorisants, aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif au service d'Otorhinolaryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale de l'Hôpital Régional de Kankan, Guinée-Conakry. *Jaccr Africa* .2018; 2(2): 261-268.