

Revue Africaine de Chirurgie et Spécialités

African Surgery and Specialities Review



Sommaire / Contents

EDITORIAL / EDITORIAL

4- L'intérêt de la mobilité dans la formation chirurgicale en Afrique. **Pr SOSSO MA.**

ARTICLES ORIGINAUX / ORIGINAL PAPERS

5- Traitement médico-chirurgical des suppurations collectées intracrâniennes : à propos de 34 cas à l'unité de neurochirurgie de l'hôpital régional de Thiès (SENEGAL). **Diop et al.**

11- Réinterventions en chirurgie abdominale : indications, modalités thérapeutiques et évolution. A propos de 39 cas. **Hounsou R et al.**

17- Ostéites maxillaires chroniques au service d'odontostomatologie de l'hôpital national de Niamey à propos de 49 cas. **Moussa M et al.**

22- Cellulites aiguës graves de la face chez l'adulte : à propos de 178 patients. **Traore I et al.**

CAS CLINIQUES / CASE REPORTS

28- Tumeur d'Abrikossoff ou tumeur à cellules granuleuses : à propos d'un cas au CHU Sourô SANOU de Bobo-Dioulasso. **Coulibaly A et al.**

33- Genu recurvatum congénital : à propos d'une observation à l'hôpital de Tivaouane-Sénégal. **Mboup M et al.**

37- Hématome vulvaire post-traumatique : à propos d'un cas. **Sosso K et al.**

QUOI DE NEUF / WHAT IS NEW?

40- Evolution de la chirurgie laparoscopique chez l'enfant . **Mouafo Tambo FF.**



TAVANIC[®]

lévofloxacin



LORSQU'IL Y A UN **CHALLENGE!**

1 PRISE
!
PAR JOUR*



sanofi aventis

L'essentiel c'est la santé.

* Pneumonies communautaires : 1 à 2 x 500mg/24h par voie orale ou IV

(Giractère)

ARTICLE ORIGINAL/ ORIGINAL PAPER

Ostéites maxillaires chroniques à l'Hôpital National de Niamey à propos de 49 cas.

Moussa M¹, Abba Kaka Hy², Bancole Pogon Sa³, Camara A⁴.

Résumé

Le but de cette étude était de rapporter les différents aspects clinique, thérapeutique et évolutif des ostéites maxillaires chroniques. Il s'agissait d'une étude prospective de 15 mois de Janvier 2013 à Mars 2014. Quarante neuf patients ont fait l'objet de cette étude. Etaient inclus tout patient présentant une ostéite maxillaire chronique. Les patients souffrant d'une pathologie autre que les ostéites (tumeurs, kystes) ont été exclus. Le sexe, l'âge, les formes cliniques rencontrées, les modalités thérapeutiques(traitement médical , chirurgical) et l'évolution étaient les paramètres étudiés. Sur 1118 patients consultés, 49 étaient admis pour ostéite des maxillaires, soit une fréquence de 4,38%. La tranche d'âge de 20 à 39 ans était la plus concernée. L'âge moyen des patients était de 28,95 ans avec des extrêmes de 3ans et 67ans. Les femmes prédominaient avec 28 cas contre 21 hommes soit un sex ratio de 1,33. L'odontalgie a été le motif de consultation dans 57,1% des cas suivie de la tuméfaction (mandibulaire ferme) dans 32,7% des cas. La fièvre était le signe général le plus fréquemment rencontré 88%. L'halitose et la mobilité dentaire étaient les signes le plus retrouvés à l'examen physique avec respectivement 95,9% et 77,5% des cas. Dans cette étude les formes cliniques des ostéites maxillaires les plus rencontrées étaient les ostéites circonscrites dans 61.2% et 38,8% des ostéites diffusées. L'extraction de la dent causale était le traitement étiologique le plus réalisé dans 59,1% des cas. Un traitement médical utilisant l'amoxicilline + acide clavulanique était administré chez ces patients soit 97,9% des cas. La séquestrectomie était le traitement chirurgical dans 77,6% de cas ; 85,7% des patients étaient déclarés

guéris, 14,3% avaient présenté des complications à type d'asymétrie faciale, de dégénérescence néoplasique et de retard de consolidation. Les ostéites maxillaires chroniques sont relativement fréquentes, il s'agit de pathologie de l'adulte jeune dont les causes sont essentiellement dentaires. Le diagnostic est clinique, et le traitement est chirurgical dans la majorité des cas, associé à un traitement médical.

Mots-clés : Ostéites maxillaires, chirurgie, Niamey.

Summary

The aim of this study was to report the different clinical, therapeutic and progressive aspects of maxillary osteitis. It was a 15-month prospective study from January 2013 to March 2014. 49 patients were the subject of this study. Included were any patient with maxillary osteitis, patients with a disease other than osteitis (tumors, cysts) were not included in the study. Sex, age, clinical forms encountered, therapeutic modalities (medical, surgical treatment) and course were the parameters studied. Out of 1,118 patients consulted, 49 were admitted for maxillary osteitis, a frequency of 4.38%. The 20 to 39 age group was the most affected. The average age of the patients was 28.95 years with extremes of 3 years and 67 years. Women predominated with 28 cases against 21 men, a sex ratio of 1.33. Headache was the reason for consultation in 57.1% of cases followed by swelling (mandibular firm) in 32.7% of cases. Fever was the general sign most frequently encountered 88%. Halitosis and dental mobility were the most common signs on physical examination with 95.9% and 77.5% of cases, respectively. In this study, the clinical forms of the most commonly encountered maxillary osteitis were circumscribed osteitis in 61.2% and 38.8% of diffuse osteitis. Extraction of the causal tooth was the most effective etiological treat-

1. Service d'Odonto-stomatologie, Hôpital National de Niamey / Niger
 2. Service d'Ophtalmologie Hôpital National de Niamey Niger
 3. Service d'Odonto-stomatologie CNHU HKM Cotonou Bénin
 4. Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale, Hôpital N'Gnace Deen Conakry Guinée
- Auteur correspondant :** Dr Moussa Mahamane Rhissa
Hôpital National de Niamey - Niger
BP: 238 Niamey Niger
Email: mahamanerhissa@yahoo.fr

ment in 59.1% of the cases. A medical treatment using amoxicillin + clavulanic acid was administered in these patients (97.9% of the cases). Sequestrectomy was the surgical treatment in 77.6% of cases. 85.7% of patients were declared cured, 14.3% had complications such as facial asymmetry, neoplastic degeneration and delayed consolidation. Maxillary osteitis is relatively common, it is a pathology of young adults whose causes are mainly dental. The diagnosis is clinical, and the treatment is surgical in the majority of cases, combined with medical treatment

Key words: Maxillary osteitis, Niamey, surgery.

Introduction

Les ostéites maxillaires chroniques sont des inflammations du tissu osseux, consécutive à une cause essentiellement dentaire ou paradentaire. Les formes cliniques sont multiples, réparties selon l'étiologie, la localisation, l'âge, le terrain ainsi que l'association avec des lésions extra-faciales [1]. Les causes des ostéites maxillaires chroniques sont essentiellement microbiennes et locales, tout particulièrement dento-alvéolaires [2]. L'évolution spontanée peut se faire précocement vers l'extension locale, régionale ou générale, secondairement vers une fracture pathologique ou tardivement vers une pseudarthrose, des récidives ou des séquelles esthétiques et fonctionnelles. Le traitement associe une antibiothérapie, une oxygénothérapie hyperbare pour certains, et si nécessaire l'adjonction d'un traitement chirurgical. Ces ostéites sont toujours à considérer comme potentiellement graves, nécessitant une prise en charge multidisciplinaire [1]. Il s'agit de pathologies bien connue des anciens auteurs, actuellement presque oubliées dans les pays développés, mais encore d'actualité pour les odonto-stomatologistes et les chirurgiens ORL des pays en développement [3, 4]. De ce fait un diagnostic précoce s'avère indispensable pour une prise en charge efficace en vue de limiter les complications esthétiques et fonctionnelles que cette pathologie peut générer [5]. L'intérêt de cette étude était de rapporter les différents aspects clinique, thérapeutique et évolutif des ostéites maxillaires chroniques à l'hôpital national de Niamey.

Patients et méthode

Il s'agissait d'une étude prospective de 15 mois, de janvier 2013 à mars 2014 à l'hôpital national de Niamey. Était inclus tout patient présentant une ostéite maxillaire chronique. Les patients souffrant d'une pathologie autre que les ostéites (tumeurs, kystes) ont été exclus. Les paramètres étudiés étaient le sexe, l'âge, les formes cliniques, les modalités thérapeutiques et l'évolution.

Résultats

Caractéristiques épidémiologiques

Au cours de cette étude 1118 patients ont consulté dont 49 étaient colligés pour ostéites maxillaires chroniques, soit une fréquence de 4,38%. Ils étaient repartis en 28 femmes (57,1%) et 21 hommes (42,9%). L'âge moyen était de 28,95 ans (extrêmes de 3 et 67 ans), Les tranches d'âge de 20 à 29 (24,5%) ans et 30 à 39 (26,5%) ans étaient les plus représentées. La figure 1 rend compte de la répartition par tranche d'âge.

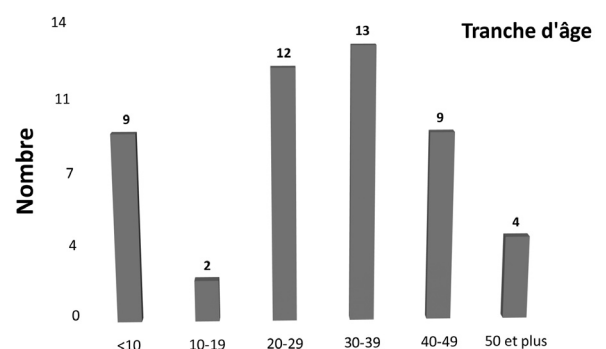


Figure 1 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Le sexe féminin était prédominant dans 57,1% soit un sex ratio de 1,33. L'odontalgie 57,1% et la tuméfaction faciale 32,7% étaient les principaux motifs de consultation (Tableau I).

Tableau I : Répartition des patients selon le motif de consultation.

Motif	n	%
Odontalgie	28	57,1
Fistule cutanée	5	10,2
tuméfaction	16	32,7
Total	49	100

La fièvre (88%) et l'asthénie (77,5%) étaient les signes généraux fréquemment rencontrés (Figure 2).

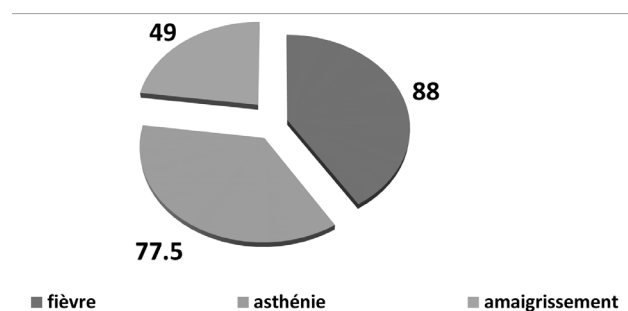
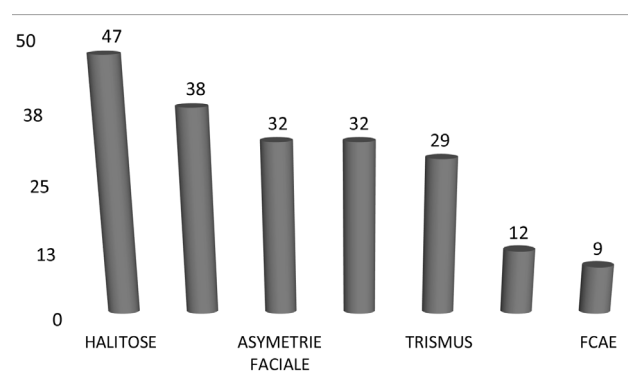


Figure 2 : Répartition des patients selon les signes généraux.

L'halitose et la mobilité dentaire étaient les principaux signes retrouvés à l'examen physique avec respectivement 95,9% et 77,5% des cas (Figure 3).



FCSE = fistule cutanée sans écoulement.

FCAE = fistule cutanée avec écoulement

Figure 3 : Répartition des patients selon les signes physiques.

Formes cliniques

L'on notait dans cette étude 61,2% d'ostéites circonscrites et 38,8% d'ostéites diffuses. Tous les patients avaient réalisé un bilan pré-opératoire parmi lesquels 22 avaient des examens anormaux (Tableau II).

Tableau II : Répartition des patients selon le bilan préopératoire.

Bilan	normal	anormal
Hémogramme	44	5
Urémie	48	1
Créatininémie	46	3
Glycémie	45	4
CRP	27	22

Bilan radiologique

8 patients (16,3%) avaient réalisé la tomodensitométrie en plus de la radio panoramique, cette dernière ne pouvant donner tous les renseignements recherchés. L'extraction de la dent causale était le traitement étiologique le plus réalisé dans 59,1% des cas (Tableau III).

Tableau III : Répartition des patients selon le traitement étiologique.

Traitement étiologique	n	%
Extraction de la dent causale	29	59,18
Révision du foyer alvéolaire	17	34,69
Contention ou ostéosynthèse en cas d'ostéite traumatique	3	6,12

L'antibiothérapie à base d'Amoxicilline + acide clavulanique était le traitement médical administré dans 97,9% de cas (Figure 4).

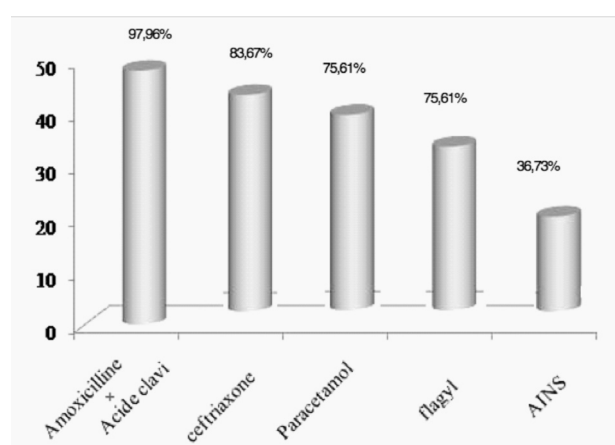


Figure 4 : Répartition des patients selon le traitement médical

Les germes en présence étaient le staphylococcus aureus qui était en cause à plus de 60%, le streptocoques, les bactéries gram négatif et certains anaérobies qui sont sensibles aux betalactamines et aux céphalosporines. (Figure 4)

Traitement chirurgical et évolution

La séquestrectomie était réalisée chez 38 patients soit 77,6% ; 42 patients (85,7%) étaient déclarés guéris. 7 patients (14,3%) avaient présenté des complications à type de retard de consolidation, asymétrie faciale, dégénérescence néoplasique (Figure 5).

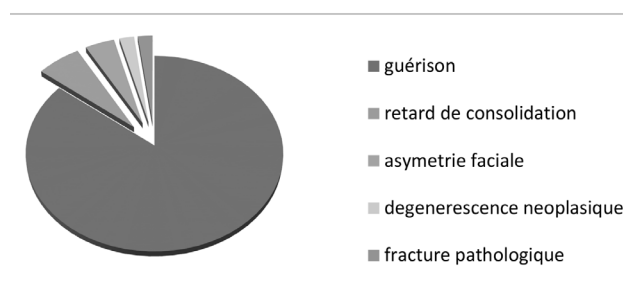


Figure 5 : Répartition des patients selon l'évolution clinique.

Discussion

Sur 1118 patients consultés dans le service d'odontostomatologie, 49 étaient colligés pour ostéites maxillaires chroniques, soit une fréquence de 4,3%. Cette fréquence était relativement faible comparée à celle rapportée par Diombana et al. [6] au Mali en 1992 qui était de 6,4%. La tranche d'âge 20 à 39 ans était la plus touchée dans cette étude soit 26,5%. La moyenne d'âge était de 28,9 ans avec des extrêmes de 3 et 67 ans. La prédominance féminine a été notée dans 57,1% des cas avec un sex ratio de 1,3. Par contre dans d'autres études les auteurs ont ressorti la prédominance masculine qui selon leurs résultats, serait due à la mauvaise hygiène buccodentaire et à la prédominance des caries dentaires chez les hommes [6,7, 9]. Le délai moyen de consultation était de 1 mois avec des extrêmes de 1 semaine et 2 ans. Ce retard à la consultation est souvent rapporté dans la littérature [6,7,8]. Nous avons noté dans cette série le manque d'hygiène bucco-dentaire chez tous les patients. L'odontalgie (57,1%) et la tuméfaction (10,2%) étaient les principaux motifs de consultation. Il a été rapporté par des auteurs que l'odontalgie et la tuméfaction étaient des motifs de consultation [6,9]. La fièvre était le signe général dominant 88% ce qui témoigne d'une surinfection déjà présente au moment de la consultation. L'halitose avec 95,9% et la mobilité dentaire avec 77,5% ont été les signes physiques les plus retrouvés dans cette étude. Ces derniers étaient également rapportés par d'autres auteurs [6,9]. Ceci pourrait s'expliquer par une hygiène bucco-dentaire défectueuse au cours de l'ostéite. Les examens clinique et paraclinique ont permis de confirmer le diagnostic d'une ostéite chronique. L'orthopantomogramme (panoramique) était l'examen de choix pour le diagnostic des ostéites

maxillaires chroniques dans cette étude. Les formes cliniques des ostéites maxillaires chroniques rencontrées dans ce travail étaient les ostéites circonscrites dans 30 cas (61,2%) et les ostéites diffuses dans 19 cas (38,8%). Le traitement étiologique était basé sur l'extraction de la dent causale dans 59,1% des cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'essentiel des ostéites maxillaires chroniques étaient d'origines dentaires. La prévalence dentogène de l'ostéite des maxillaires est unanimement rapportée dans la littérature [8]. Les autres portes d'entrée se partagent entre les surinfections de foyers de fractures, les complications d'abcès de voisinage et l'exceptionnelle voie hématogène. Dans notre étude après une extraction dentaire avec fracture de l'os alvéolaire s'en était suivie une alvéolite, l'infection osseuse s'est faite par voie hématogène, l'embolie septique aurait provoqué l'occlusion des vaisseaux osseux et induit une nécrose qui favorisa la diffusion de l'infection vers les maxillaires formant ainsi un séquestre important chez un patient de 3 ans. La majorité de nos patients avait bénéficié d'un traitement médical. L'antibiothérapie et le traitement antalgique étaient indiqués en cas des ostéites maxillaires dans la littérature [6, 8, 9]. La séquestrectomie était le traitement chirurgical largement réalisé dans notre série (77,6%). Le même geste chirurgical était préconisé par d'autres auteurs en cas d'ostéites [7,8].

Conclusion

L'ostéite maxillaire chronique est une inflammation chronique du tissu osseux, consécutive à une cause essentiellement dentaire ou para dentaire. Cette pathologie devenue rare dans les pays développés est encore d'actualité dans les pays en voie de développement. Au Niger elle représente l'essentiel des consultations de chirurgie buccale et maxillo-faciale. Une meilleure hygiène bucco-dentaire serait un moyen efficace pour sa prévention.

Références

1. **Hinde, C.** Les ostéites mandibulaires ; études de 13 cas cliniques; Editions universitaires européennes 27/05/2011, 128p.
2. **Lambersend, C. (2005).** "Etiopathogénie des ostéites maxillaires d'origine odontologique".

Thèse de Doctorat en Chirurgie Dentaire no 3605, Université de Nancy, 2005 : 141p.

3. **Bethmann W., Vo The Qung H.** Problèmes de l'ostéomyélite des maxillaires au Vietnam, à propos de 120 cas. Méd. et Hyg., 1963, 21 : 457-509.

4. **Reynaud J., Lacour M., Grappin G., Diop L.** Les ostéites diffusées mandibulaires à Dakar. Bul, Soc. Méd. Afr. Noire. De langue Française 1966,11,1 : 20-4.

5. **Van Merkesteyn J.P.R., Grott R.H., Bras J.** Diffuse sclerosing Osteomyelitis of the mandible: a new concept of its etiology. Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol., 1990, 70(4): 414-9.

6. **Diombana Ml., A. Ag Mohame, H., Kussner A., Toure, Penneau M.** Ostéites des maxillaires au service de stomatologie de l'hôpital national de Kati - à propos de 33 cas. Med. Afr. Noir , 1996,43 (3) : 171-3.

7. **Maes J., M., Raoul, Omezzine M., Ferri J.** Ostéites des os de la face. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Stomatologie-Odontologie I, 22-062-D- 10, 2005, 10p.

8. **Ouedraogo A., Ouaba K., Dao Mo Kabre M., Ouedraogo R.** Les ostéites des maxillaires: à propos de 25 observations au CHU de Ouagadougou. Med. Afr. Noire, 1999,46 (2): 107 -10.

9. **Wannfors B., Gazelius B.** Blood flow in jaw bones affected by chronic Osteomyelitis. Br. J. Oral. Maxillofac. Surg., 1991,29(3): 147-53.