Pratique clinique

Prise en charge pluridisciplinaire d'un pilote de l'aéronavale japonaise au centre médico-chirurgical interarmées de Djibouti

B. PENIGUEL[(1)], S. CANON[(2)], C. RANC[(3)], E. MONTELESCAUT[(4)], N. BIANCE[(5)], L. MALAN[(6)], J.-P. HYRIEN[(7)], M. BUSIN[(8)]

(1,6) Centre Médico-Chirurgical InterArmées « Médecin capitaine Dominique Mattei », Djibouti
(2) Hôpital d'Instruction des Armées Bégin, Saint-Mandé
(3) 2e Centre Médical des Armées, 13e Antenne Médicale, Montlhéry
(4) Hôpital d'Instruction des Armées Clermont-Tonnerre, Brest
(5) Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué, Villenave d'Ornon
(7) Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart
(8) Direction InterArmées du Service de Santé, Djibouti

Auteur correspondant : bruno.peniguel@intradef.gouv.fr

Open access DOI
10.17184/eac.7478

Reçu
le 22 octobre 2018

Accepté
le 5 juillet 2022

Publié
le 6 mars 2023

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Résumé : Un pilote de l'aéronavale japonaise consulte au centre médico-chirurgical interarmées « Médecin capitaine Dominique Mattei » de Djibouti pour une masse latéro-cervicale droite douloureuse évoluant depuis 72 heures.
Une suspicion d'adénophlegmon ou d'abcès rétropharyngé, dans le contexte de la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens de façon prolongée, est évoquée par le médecin de garde. En l'absence d'otorhinolaryngologiste sur le théâtre, un avis diagnostique est demandé au chirurgien viscéraliste. Il est décidé de réaliser un scanner ORL avec injection biphasique, adressé à l'hôpital d'instruction des armées Percy, dont l'interprétation met en évidence un abcès paramandibulaire droite probablement d'origine dentaire. Un avis spécialisé ORL concernant la conduite thérapeutique précise à adopter est demandé à l'hôpital d'instruction des armées Percy : le drainage lingual ainsi qu'une éventuelle extraction dentaire sont préconisés. L'anesthésiste-réanimateur est consulté afin que ce geste soit pratiqué sous anesthésie générale. Finalement, le chirurgien-dentiste du centre médico-chirurgical interarmées de Djibouti réalise l'extraction de la dent causale ainsi qu'un drainage lingual avec mise en place d'une mèche de gaze sous anesthésie locorégionale et locale.

Mots-clés : Cellulite dentaire, Pluridisciplinarité, Télémédecine

Abstract: A JAPANESE NAVY AIR FORCE PILOT'S MULTIDISCIPLINARY CARE AT THE DJIBOUTI FRENCH MEDICAL CENTRE
A Japanese Navy Air Force pilot seeks medical attention at the "Médecin capitaine Dominique Mattei" medical center in Djibouti for a painful cervical lump appeared on his right side 72 hours earlier.
A retropharyngeal abscess or an adenophlegmon are suspected, due to extended use of non-steroidal anti-inflammatory drugs. Without any otorhinolaryngologist available, a visceral surgeon's advice is requested. A CT neck scan leads to diagnosing a right paramandibular abscess, probably of dental origin. An otorhinolaryngologist advice from Percy Army Instruction Hospital recommends a lingual drainage eventually followed by a tooth extraction.
The anesthetist is consulted to determine which anesthesia procedure is best suited. Eventually, the dentist performed both the dental extraction and the lingual drainage with a gauze wick, under local and loco-regional anesthesia.

Keywords: Dental cellulitis, Multidisciplinarity, Telemedicine

Introduction

Le 3 juin 2018, le centre médico-chirurgical interarmées « Médecin capitaine Dominique Mattei » de Djibouti a pris en charge un pilote de l'aéronavale japonaise.

Le patient, âgé de 26 ans, présente une masse latéro-cervicale droite douloureuse évoluant depuis 72 heures (fig. 1).



FIG. 1 : Vue de face du patient (Crédit photo : ©Kamada Hiroki)

Histoire de la maladie

Cette tuméfaction intervient dans un contexte de prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens depuis huit jours pour un tableau de céphalées. Depuis 72 heures est apparue une masse latéro-cervicale droite haute douloureuse, empêchant l'alimentation. Un traitement probabiliste par amoxicilline (750 mg x 3/24 H) a été mis en œuvre depuis deux jours.

1 Examen clinique

À l'arrivée aux urgences, l'examen clinique réalisé par le médecin de garde met en évidence :

- un état subfébrile (37.7 °C ;
- une tachycardie sinusale sans retentissement hémodynamique, mais avec une échelle visuelle analogique de 6/10 ;
- un patient normotendu à 123/86 mmHg ;
- un score de Glasgow à 15 ;
- un patient eupnéique en air ambiant avec une fréquence respiratoire de 15 cycles/min sans signe de lutte et une saturation pulsée en O_2 de 97 % ;
- l'absence d'hypersalivation ;
- une masse antécervicale haute droite d'environ huit centimètres sans crépitant, sans nécrose ;
- un trismus d'un travers de doigts ;
- un examen endobuccal rendu difficile du fait du trismus.

Le reste de l'examen clinique est sans anomalie.

Parmi ses antécédents, on note une paralysie faciale *a frigore* il y a quinze ans et un tabagisme actif.

Il n'a pas d'allergie connue.

Les examens para-cliniques pratiqués montrent :

- un syndrome inflammatoire biologique avec une protéine C-réactive à 180 mg/L ;
- une hyperfibrinogénémie à 7.4 g/L ;
- au niveau du scanner ORL avec injection biphasique (fig. 2) (adressé à l'hôpital d'instruction des armées Percy pour interprétation) :
  - une amygdalite aiguë droite avec tuméfaction amygdalienne droite et infiltration des parties molles para-pharyngées droites en regard sans collection associée ;
  - une collection hydrogazeuse de 21 x 11 mm dans le plan axial pour quinze millimètres de hauteur au contact du versant interne de la branche mandibulaire droite, avec une petite lacune apicodentaire de la dent N° 47 en regard en faveur d'un abcès d'origine dentaire ;

- une adénomégalie jugulo-carotidienne haute de seize millimètres de petit axe et une nette infiltration des parties molles cervicales droites en regard ;
- l'absence de thrombose veineuse profonde.

Une suspicion d'adénophlegmon ou d'abcès rétropharyngé, dans le contexte de la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens de façon prolongée, est évoquée.

En l'absence d'otorhinolaryngologiste sur le théâtre, le médecin de garde demande un avis diagnostique au chirurgien viscéraliste, dont l'expérience pratique dans ce domaine est extrêmement limitée. Ce dernier demande à l'hôpital d'instruction des armées Percy un avis spécialisé ORL concernant la conduite thérapeutique précise à adopter : le drainage lingual ainsi qu'une éventuelle extraction dentaire sont préconisés.

L'anesthésiste-réanimateur est consulté afin que ce geste soit pratiqué sous anesthésie générale.

Le patient est hospitalisé et un traitement intraveineux d'amoxicilline, acide clavulanique (2 g/200 mg x3/24H), métronidazole (500 mg x3/24H), paracétamol (1 g/6 H), tramadol (50 mg/6 H) et néfopam (20 mg/8H) est mis en œuvre.

Il est également mis à jeun et en décubitus 30°. La prise alimentaire est arrêtée pendant 72 heures avec réintroduction d'une alimentation liquide froide progressive, afin d'éviter une pneumopathie d'inhalation.

Le lendemain, le chirurgien-dentiste du centre médico-chirurgical interarmées de Djibouti réalise l'examen clinique dentaire et met en évidence :

- une percussion douloureuse de la dent N° 47 ;
- la mortification de cette dent (test de vitalité pulpaire négatif) ;
- une tuméfaction en regard de cette dent, du côté lingual.

Le diagnostic de cellulite en rapport avec cette dent est alors établi (1).

Le chirurgien-dentiste, assisté par le chirurgien viscéraliste (qui n'a jamais opéré une cellulite dentaire), réalise l'extraction de la dent causale sous anesthésie locorégionale et locale, par alvéolectomie vestibulaire Un drainage par voie linguale, prenant en compte le risque anatomique de lésion du nerf lingual, est également effectué sans collection suppurée apparente. La bi-antibiothérapie est poursuivie.

Un deuxième scanner est réalisé au troisième jour d'hospitalisation (fig. 3) pour contrôle. Il met en évidence :

- la persistance d'une collection périmandibulaire droite liquidienne avec un rehaussement périphérique mesurant 26x24x16 mm refoulant médialement le muscle digastrique droit en faveur d'une collection abcédée, avec infiltration du fascia cervical au contact ;
- des adénomégalies locorégionales non nécrotiques non abcédées ;
- une opacification normale des vaisseaux cervicaux et pas de thrombophlébite ;
- une aération normale des sinus de la face ;
- l'absence d'ostéolyse.

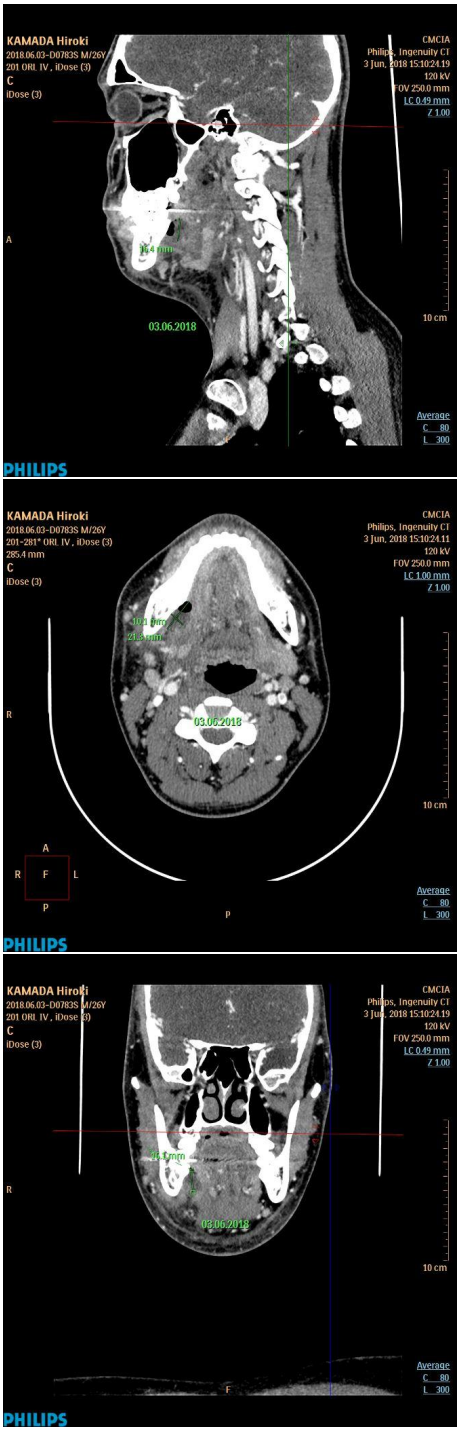


Fig. 2 : Scanner du 3 juin 2018

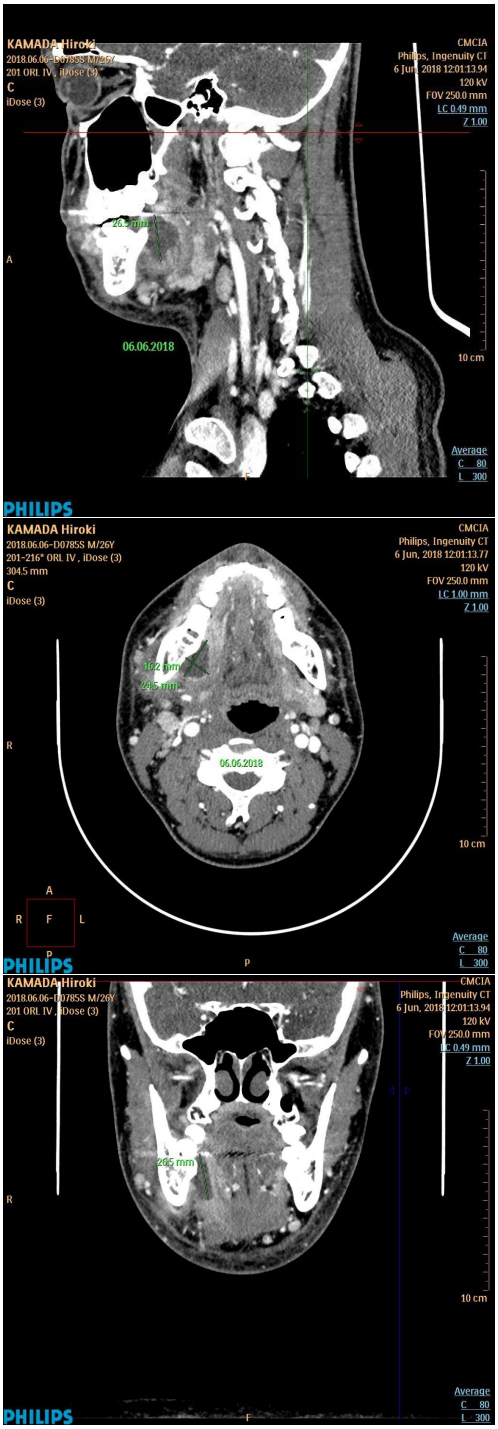


Fig. 3 : Scanner du 6 juin 2018

La protéine C-réactive a diminué : elle est de 136 mg/L.

Un drainage par voie linguale est à nouveau pratiqué le 7 juin 2018 : une collection purulo-sanglante est ainsi évacuée et une mèche de gaze est mise en place.

Après sept jours de traitement par antibiotiques et changement quotidien de la mèche, il est noté une très bonne évolution clinico-biologique : la cellulite a disparu et le dosage biologique de la protéine C-réactive est de 39 mg/L. Le patient s'alimente de nouveau.

Le 12 juin 2018, un contrôle biologique de la protéine C-réactive est effectué ; elle est de 16 mg/L. Le patient sort avec un traitement per os d'amoxicilline, acide clavulanique (2 g/200 mg x3/24H) et de métronidazole (500 mg x3/24H).

Le pilote japonais est revu huit jours après pour un contrôle qui ne révèle rien de particulier.

2 Évolution possible

Les cellulites cervico-faciales sont des urgences médico-chirurgicales. L'extension de l'infection dans les espaces aponévrotiques est le principal risque puisqu'une localisation initialement dentaire peut rapidement évoluer vers une atteinte cervicale, voire médiastinale. Si tel est le cas, la prise en charge chirurgicale devient alors beaucoup plus complexe et délabrante. En effet, en cas d'atteinte limitée au plancher buccal, l'extraction de la dent causale associée à un drainage endobuccal peut être suffisante. Par contre, si l'atteinte diffuse vers la région cervicale voire médiastinale, le geste chirurgical consistera en une cervicotomie unilatérale voire bilatérale plus ou moins associée à une trachéotomie. Ces abords chirurgicaux ne sont pas dénués de risque puisqu'il existe de nombreuses structures nobles dans cette région. L'évolution post-opératoire sera également beaucoup plus complexe en terme de rééducation (troubles de la déglutition, dysphonie) et de préjudice esthétique (lambeau musculaire du muscle grand pectoral).

La prise en charge médicale est grevée d'une morbidité importante en cas d'extension régionale. Elle passe dans tous les cas par une antibiothérapie parentérale précoce probabiliste active sur les streptocoques A et F, ainsi que sur les anaérobies. Une association par céphalosporine de troisième génération, d'imidazolé et d'aminoside est recommandée en première intention avant identification du germe.

L'infection, lorsqu'elle n'est pas prise en charge précocement, peut évoluer vers un tableau de choc septique. Un monitorage invasif est donc nécessaire pour assurer une surveillance optimale. La sédation et l'intubation en réanimation sont initialement poursuivies afin d'assurer efficacement les pansements quotidiens mais également pour éviter une auto-extubation qui, dans ce contexte, peut conduire à un échec de ré-intubation (1, 2).

3 Prise en charge anesthésique des cellulites cervico-faciales

Cette prise en charge est à risque, notamment au niveau des voies aériennes respiratoires (3). L'évaluation du risque d'intubation difficile n'est pas aisée à cause du trismus. En cas d'atteinte étendue au pharynx, l'œdème, l'inflammation et la déviation des structures rendent l'intubation par laryngoscopie compliquée avec un fort risque d'échec. On procèdera alors le plus souvent à une intubation vigile au fibroscope, technique pas forcément évidente pour les équipes d'anesthésie ne faisant pas de la chirurgie ORL quotidiennement. Un geste sous anesthésie locorégionale est alors beaucoup moins risqué. Ce geste n'est possible que lorsque l'atteinte ne dépasse pas le plancher buccal. Différentes techniques sont possibles. Dans notre cas, nous avons fait une anesthésie du nerf alvéolaire inférieur (issu du nerf mandibulaire ou nerf V3) par infiltration endobuccale au niveau de l'épine de Spix. Ce nerf, uniquement sensitif, innerve toutes les dents de la mandibule homolatérale. Lors de ce bloc tronculaire, le nerf lingual est également anesthésié du fait de sa proximité avec le nerf alvéolaire inférieur à ce niveau et permet une anesthésie homolatérale des 2/3 antérieurs de la langue et du plancher buccal. Cette anesthésie a permis, dans notre cas, de lever le trismus (par analgésie de la zone concernée) et de réaliser le geste par voie endobuccale.

On peut également proposer une anesthésie du nerf mandibulaire permettant de bloquer les différents rameaux sensitifs (nerf alvéolaire inférieur, nerf lingual, nerf auriculo-temporal et nerf buccal) mais surtout la branche motrice innervant les muscles masticateurs. Ce bloc profond percutané sous neurostimulation est réalisé par ponction entre le processus condylien et l'apophyse coronoïde, juste sous l'arcade zygomatique. Ce bloc permet une bonne analgésie de la zone considérée, mais surtout une forte réduction du trismus (4, 5).

L'anesthésie locorégionale est donc très utile pour la prise en charge d'une cellulite d'origine dentaire afin d'éviter l'anesthésie générale et les risques qui en découlent.

4 Conclusion

Ce cas clinique illustre l'importance de disposer, au sein du centre médico-chirurgical interarmées de Djibouti, de praticiens aux compétences techniques complémentaires ainsi que d'un outil de télémédecine performant permettant, en situation précaire, d'offrir à la fois une aide diagnostique précieuse aux médecins et une prise en charge thérapeutique pluridisciplinaire optimale pour les patients.

Le service de santé des forces françaises stationnées à Djibouti a mis, une fois de plus, son savoir-faire au profit des militaires des forces alliées.

Remerciements aux linguistes relecteurs : Camille de Lambilly et Jean Godron.

Références bibliographiques

1. Thiéry G, Haen P, Guyot L. Cellulites maxillofaciales d'origine dentaire. EMC – Chirurgie orale et maxillo-faciale 2017 ;12(3) :1-12

2. Blancal JP, Kania R, Sauvaget E *et al.* Prise en charge des cellulites cervicofaciales en réanimation. Réanimation 2010 ; 19 :297-303

3. Kechna H, Nadour K, Ouzzad O *et al.* Gestion des voies aériennes supérieures et cellulite cervico-faciale. The Pan African Medical Journal 2017 ; 26 :22

4. Espitalier F, Dubost AF, Goba D, *et al.* Bloc percutané du nerf mandibulaire à travers l'échancrure sigmoïdienne, guidé par neurostimulation, en chirurgie de la face. Revue de Stomatologie et Chirurgie Maxillofaciale 2012 ; 113 :43-45

5. Meaudre E, Pernod G, Gaillard PE, *et al.* Mandibular nerve blocks for removal of dentures during trismus caused by tetanus. Anesthesia et Analgesia 2005 ; 101 :282-3