

SEPTICEMIE D'ORIGINE DENTAIRE ET COMAS POST-EXTRACTIONNEL A PROPOS DE 3 CAS

M. NGAPETH-ETOUNDI, G. AFANE ELA, E.S.R. ITOUA, A. OBOUNOU

I - INTRODUCTION

Il est difficile de penser à présent à une complication d'origine dentaire conduisant à un coma alors que nous savons que des infections de cette même origine entraînent des complications loco-régionales et régionales malgré l'usage des antibiotiques.

Les cellulites cervico-faciales dominent le tableau des complications loco-régionales (1, 2) et les plus graves ont été publiées (3, 4, 5). Les complications générales sont dues à un essaimage à distance de bactéries à partir des foyers infectieux dentaires (6). Des septicémies (7) des endocardites (8, 9, 16) des ostéites de l'humérus (10) et des mains (11) et autres ont fait l'objet de plusieurs publications (12). Quant au coma infectieux d'origine dentaire (12, 14) non seulement il est rare, mais aussi le diagnostic n'est pas évoqué d'emblée.

Nous présentons 3 cas de septicémie et de comas, suite à une extraction dentaire, effectuée dans un même cabinet confessionnel de la ville de Yaoundé.

OBSERVATIONS

Observation n° 1

Le 11 décembre 1999, Mademoiselle K.C. élève âgée de 16 ans, se présente dans un cabinet confessionnel de la place avec douleur dentaire et enfllement de la joue gauche. L'extraction de la dent en cause (47) a été effectuée le 13 Décembre 1999 suivie d'une incision génienne droite 4 jours après. Une médication à la base : Floxapen® 500 mg (2 gél x 2/j) puis Bristopen® 500 mg (1 amp x 2/j), Efferalgan® 500 mg et Alcrityl® sirop (1 c à c x 2/j).

Sans amélioration, le 27 décembre 1999, elle est conduite à l'hôpital central de Yaoundé (H.C.Y).

Département Odonto-stomatologie
Faculté de Médecine, Pharmacie et Odonto-Stomatologie - Dakar.

Elle présentait à l'arrivée :

- Etat général altéré avec : une fièvre 40°5, TA: 130/80 mnHg, tachycardie à 140/min, une hépatomégalie.
- Examen exo-buccal : un œdème de la face avec fermeture des paupières, un battement des ailes du nez, une tuméfaction de l'angle mandibulaire droite, une adénopathie sous mandibulaire droite, léger trismus.
- Examen endo-buccal : absence de la 47, gingivite, mauvaise hygiène bucco-dentaire.

Le 28/12/1999 une ascite un traitement de réanimation est mise en route. L'hémoculture et la cyto bactériologie pleurales ont montré des streptocoques du groupe F. Malgré le traitement, la patiente entre dans le coma. L'échographie abdominale montre une pyothorax droit, une hépatomégalie homogène non spécifique avec ascite. La panoramique montre une ostéite post-extractionnelle.

En résumé, il s'agit d'une septicémie post-extractionnelle avec participation pleurale droite aboutissant à un coma hypoxique.

Observation n° 2

Madame M.S., commerçante, 39 ans, reçue pour céphalées, convulsion et asthénie à la suite d'une extraction dentaire de la 36 faite le 29/04/99 dans un cabinet confessionnel de la place. Malgré l'administration d'antibiotiques (Augmentin® 1g IVD/8H, Gentamycine® 80 mg 1 amp IM/12 H, Solumédrol® 40 mg 1 fl IVD/8H, Temgesic® 1 amp S/C 42 H) après l'extraction, le 1er mai 1999 apparaît un œdème palpébral, un chémosis, une réaction pupillaire abaissé à la lumière. Un traitement ophtalmique (Chibroxine® collyre et Fulcithacique® pommade) est effectué.

Le 14/05/99, elle est transférée à l'H.C.Y. et présentait à son admission :

- Etat général : une fièvre 38,4, TA 142/199, pouls 104, tachycardie régulière, convulsion toutes les 15 minutes, pas d'hépatomégalie.

Septicémie d'origine dentaire...

- Examen exo-buccal : tuméfaction du visage et œdème sous mentonnier, trismus, hypersalivation.
- Examen endo-buccal : absence de la 36 et présence de pus au lieu d'extraction.

Le 15/05/99, la patiente est sous l'effet du Revotril® et ne coopère plus,
Le 16/05/99, elle est transférée de la médecine interne en réanimation.

Traitement : SG 5 % mixte 1L + Kcl toutes les 8 H, Claforan® 1 g toutes les 6 H, Flagyl® 500 1 fl toutes les 8 H, Fraxipeine® 0,3 ml inj S/C/j. L'hémoculture est négative. La TDM a montré un foyer d'extraction dentaire de la molaire gauche avec présence d'un granulome inflammatoire. Absence de signes d'abcès cérébral. Transparence normale des sinus.

Observation n° 3

Mademoiselle N.E.O, ménagère, âgée de 24 ans, se présente, le 16/03/99 dans un cabinet confessionnel de la place, pour une extraction de la 48. Malgré une antibiothérapie, (Ery 500, 1 c x 3/j) un abcès apparaît le 18/13/99 au niveau du masseter se propageant au plancher. Un nouveau protocole (Gentalline® 160 mg IM, Bactox® 1 g IM, Mogadon® 5 mg, Profenid® 100 mg IM) fut entamé.

- 3 jours après, elle présentait à son admission à l'H.C.Y. :
- Etat général : une température de 40, TA : 135/82 mmHg, tachycardie à 135/mm. Patiente agitée et logorrhéique.
 - Examen exo-buccal : tuméfaction oro-faciale très importante s'étendant au niveau du cou et de la poitrine, trismus.
 - Examen endo-buccal : absence de la 48, odeur fétide de la bouche. Le prélèvement de pus au plancher buccal et l'hémoculture ont montré la présence de Klebsiella pneumoniae.

COMMENTAIRE ET DISCUSSION

I - Signes cliniques

Les extractions dentaires, surtout lorsque les dents sont vivantes (dents de sagesse, dents pyorrhéiques), amènent une rupture de la vascularisation apicale qui peut être une porte ouverte à un essaimage microbien directement dans le circuit sanguin (15) ; nos trois cas ont

fait l'objet d'extraction au niveau du maxillaire inférieur où l'artère de grand calibre, par rapport au maxillaire supérieur, facilite les décharges répétées de germe dans le sang, provoque une septicémie d'origine dentaire. L'expression la plus sévère est le coma, voir la mort. Les manifestations cliniques sont variées et associées à :

- des signes locaux ou loco-régionaux d'origine dentaire,
- des signes généraux de type septicémique,
- des localisations métastatiques.

1) Signes locaux ou loco-régionaux

Bien que les signes généraux, frissons, élévation thermique précèdent les signes locaux, le plus souvent ce sont des signes locaux, trismus, œdèmes douloureux et plus tard l'abcès, les cellulites, phlegmons qui marquent le début des signes cliniques, l'atteinte de l'état général est secondaire ou simultanée à l'apparition des signes locaux. Dans nos cas, les patients se sont présentés d'abord à cause de problèmes dentaires et des signes locaux ; les signes généraux, (température, pouls rapide, tachycardie, asthénie, etc) sont apparus après l'extraction de dent notamment les molaires inférieures.

2) Les signes généraux se traduisent par :

- des signes de stase veineuse : œdème palpébral supérieur d'abord puis celui ci se propage à la conjonctive entraînant du chemosis (15),
- des signes neuro-méningés : marqués par une fièvre élevée (38,9° à 40°) auquel s'associent :
 - . une baisse de l'acuité visuelle du fait de la proximité des méninges avec le sinus caverneux,
 - . une note digestive parfois avec nausées et ou vomissements, une hyper sialorrhée,
 - . des céphalées et parfois des convulsions rythmées : toutes les 15 minutes,

et plus tard :

- une tachycardie, des frissons (au moment des décharges microbiennes), hépatomégalie,
- une altération de l'état général : le malade est fatigué, souvent prostré puis s'ensuit une perte de conscience de courte durée (1er et 2ème cas), quelquefois agitation et délire (3ème cas).

3) Localisation à distance ou métastatique

Pour le 1er cas, une localisation au thorax a été mise en évidence par la radiographie du thorax et, une ponction pleurale a retrouvée le même germe (strep-

Septicémie d'origine dentaire...

tocoque) que dans le foyer primaire. Il en est de même pour le 3ème cas où le germe concerné est le *Klebsiella pneumoniae*. Il a été curieux de constater la présence du *Klebsiella pneumoniae* qui est plutôt un germe à gram négatif et fréquent dans le tube digestif.

Nous avons pensé pour le 2ème cas à une localisation cérébrale (céphalées, convulsions, inconscience) mais le scanner de la tête et l'hémoculture n'ont rien donné ; il s'agirait d'un accident inflammatoire à distance ou d'une septicémie rendue stérile par la prise d'antibiotiques commencée bien avant la réalisation de l'hémoculture.

IL - TRAITEMENT

Dans ces formes septicémiques confirmées bactériologiquement et anatomiquement, les foyers secondaires et la septicémie guérissent par une antibiothérapie orientée par l'antibiogramme, associée à la suppression (par incision-drainage, curetage) du foyer infectieux originel. Après antibiogramme, les médicaments utilisés furent la Céfotaxim (Claforan®), la Céfuroxime (Zinacef®), l'Amoxicilline + AC clavulanique (Augmentin®) et le Métronidazole (Flagyl®).

Un drainage thoracique a permis la suppression du foyer infectieux métastatique pulmonaire chez le 1er et le 3ème patients tandis que seul une antibiothérapie de choix (antibiogramme) par voie parentérale (IM, VI) à dose convenable et prolongée a permis la guérison du 2ème patient où la localisation cérébrale secondaire n'a pas été mise en évidence par la radiographie (scanner).

CONCLUSION

Nous avons constaté que :

- Les problèmes financiers ont guidé nos 3 patients dans le même cabinet dentaire confessionnel où les extractions ont été réalisées,
- Les patients se sont présentés à des stades tardifs, les signes locaux ou loco-régionaux ont été les signes d'appel à la consultation,
- Malgré une antibiothérapie, les extractions dentaires ont conduit à une situation grave (septicémie, coma).

C'est ainsi que les éléments suivants sont importants :

- L'acte dentaire, notamment l'extraction dentaire, doit être fait avec un minimum d'asepsie,
- L'extraction dentaire, surtout lorsqu'il s'agit de molaire du bas, nécessite une antibiothérapie avant, pendant et après l'extraction ; et cela justifie une surveillance étroite du patient,
- Une voie parentérale (IM, IV) est nécessaire particulièrement chez les patients se présentant à des stades tardifs (cellulites, phlegmons).
- Les hémocultures sont le maître examen dans le cas des septicémies et ou coma infectieux,
- En présence de fièvre, des poussés de tachycardie, de frisson, d'hépatomégalie ou splénomégalie, d'asthénie et autres signes généraux, une localisation secondaire est à rechercher,
- L'antibiothérapie doit être bactéricide.

RESUME

Les auteurs rapportent 3 cas de septicémies avec coma post extractionnel. Les 3 patientes ont eu à subir des extractions dentaires dans un même cabinet dentaire confessionnel et reçu à l'hôpital central de Yaoundé (H.C.Y.) après aggravation de leur état général.

*Les septicémies et coma infectieux d'origine dentaire authentifié par des hémocultures imposent une antibiothérapie précoce, convenable, prolongée mais surtout adaptée à l'antibiogramme. Les streptocoques du groupe F et le *Klebsiella pneumoniae* ont été mis en cause. Dans un cas l'hémoculture était négative.*

La présence des signes généraux (fièvre, tachycardie, frisson) implique la recherche d'une localisation secondaire qui peut être confirmée par la radiographie.

Mots clés : extraction dentaire, septicémie, coma

SUMMARY

Septicaemia and coma after dental extraction observed on three cases

The authors report 3 cases of septicæmia and coma post dental extraction. These 3 patients had dental extraction in the same confessional dental clinic. After these acts the situation were so severe and they came to central hospital in Yaounde.

Infections from dental origin proven by blood culture necessitate an early antibiotherapy and treatment, which propriate and sustain, but adapted to the antibiogram. The streptococcus of group F and Klebsiella pneumonia were challenged. One of the cases was negative.

The presence of common signs (fever, tachycardia, chill) need the search for a secondary localisation which can be determine by X-ray.

Key words : *dental extraction, septicæmia, coma.*

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - HAGUENAUER J.P., PIGNANT J.C. et Coll.
Les cellulites cervico-faciales diffuses spontanées anaérobie. A propos de 7 cas.
Chir. Lyon 1986, 82, 305-306.
- 2 - GADEGBEKU S., CREZOIT G.E., AKA G.K.F., OUATTARA B.
Cellulites et phlegmons maxillo-faciaux graves en milieu africain.
Revue du COSACMF, vol 2 n° 2, 1995, 8-16.
- 3 - BRABANT H., HANSENS P.
A propos de 5 cas de phlegmons gangreneux du plancher buccal.
Rev. Stoma, Janv-Fév 1970, 71, 1, 87-98.
- 4 - MOREY MAS M., CAUBET BIAYNA J., IRIARTE ORTABA J.I.
Mediastinitis as a rare complication of an odontogenic infection.
Report of a case.
Acta Stomatologica Belgla, 1996, vol. 93 ; n° 3, 125-128.
- 5 - HARDEN B.M., ZWEMER F.L. J.R.
Descending necrotizing mediastinitis : complication of a simple dental infection.
Annals of emergency medicine 1997 ; vol 29 ; n° 5 ; 683-686.
- 6 - RAGOT J.P.
Les complications loco-régionales et générales des foyers infectieux dentaires.
Actualités odonto-stomatologiques 1999, n° 205 ; 91-119.
- 7 - SCHEFFER P.
Septicémies aiguës et trombo-phlébites crânio-faciales d'origine bucco-dentaire.
E.M.C. stomato I, 1985, 222043 A 10, 12 P.
- 8 - DARCHE V.
L'endocardite infectieuse d'origine dentaire.
Louvain médical 1998, vol 117, n° 6 ; 250-255.
- 9 - DANESH J., DODET B.
Coranary heart disease, Helicobacter pylori, dental disease, chlamydia pneumoniae, and cytomegalovirus : Meta analyses of prospective studies.
AHJOA 2, 1999 ; vol 138 ; n° 5 Part 2 ; 434-437.
- 10 - DEWIRE P., M.C. GRATHBE, BRASS C.
Haemophilus aphrophilus osteomyelitis after dental prophylaxis : A case report.
Clinical orthopaedics and related research 1999 ; n° 363 ; 196-202.
- 11 - GERMANN G., PETRACICA, WITEMANN M., RAFF T.
Hematogenous osteomyelitis of the hand skeleton in adults after dental maxillary infection.
Annals of plastic surgery. 1996 ; vol 37 ; n° 1 ; 106-110.
- 12 - MARTINOT M., HANSMANN Y., HEITZ D., DICKELLE M.L., STORCK D., CARISTMANN D.
L'abcès du foie à pyogènes d'origine dentaire.
Médecine et maladies infectieuses. 1998 ; Vol 28 ; n° 5 ; 442-444.
- 13 - FARDYCH, FINDLAY G., OWENG, SHORTLAND G.
Toxic shock syndrome secondary to a dental abscess.
International journal of oral and maxillofacial surgery 1999 ; vol n° 1 ; 60-51.
- 14 - MAINOUS E.G., BOYNE J.
Hepatic coma after multiple dental extraction : report of case.
J Oral Surg 1974 Sept ; 32 (9) 682-4.
- 15 - M. LEPOIVRE, J. RAISON.
Manifestations à distance d'origine bucco-dentaire.
Julien Prélat, Editeur à Paris Ve, page 25-49.
- 16 - M. NGAPETH ETOUNDI.
Influence des foyers infectieux d'origine dentaire sur l'endocarde : Thèse pour le Diplôme d'Etat de Dr en Chirurgie dentaire, année 1977.