

POSTER

Ethmoïdite extériorisée d'origine dentaire chez l'enfant : rapport d'un cas.

Papachryssanthou J, Grenier S, Bonnet AL, Lafon A, Lefèvre B, Hafian H.

Unité de chirurgie orale - Pôle d'odontologie CHU REIMS, 45, rue Cognacq-Jay, 51092, Reims Cedex, FRANCE

L'ethmoïdite infectieuse est un processus inflammatoire rhino-sinusal, entraînant une hyperplasie de la muqueuse des cellules ethmoïdales. La cellulite orbitaire rétroseptale est la manifestation la plus commune d'extériorisation de l'ethmoïdite. Le signe d'appel est l'apparition d'un œdème à l'angle interne de l'œil. La propagation de cette infection à l'orbite s'effectue par voie osseuse, veineuse, ou lymphatique. La cellulite orbitaire représente la pathologie orbitaire la plus fréquente du sujet jeune (François 2008).

Le cas rapporté est celui d'une enfant de 5 ans, sans antécédent médico-chirurgical connu. Initialement, prise en charge par son médecin traitant à la suite de l'apparition d'un œdème palpébral droit associé à une hyperthermie, elle est traitée par amoxicilline, acide clavulanique, paracétamol, ibuprofène et collyre antiseptique. Après 48 heures, devant l'apparition d'un ptosis et sur avis ophtalmologique, elle est adressée au service d'accueil des urgences du CHU. À son arrivée, il est constaté un œdème bipalpébral droit, une hyperthermie à 38,5°C avec altération de l'état général. Une antibiothérapie est instaurée d'emblée, par voie IV : ceftriaxone 74 mg/kg, gentamicine 38 mg/kg et vancomycine 3 mg/kg. L'examen endo-buccal révèle un comblement du vestibule et une voussure palatine en regard de 54 et 55 avec des atteintes carieuses.

En urgence, il est réalisé un bilan biologique et radiologique initial. Le bilan biologique objective un syndrome infectieux, caractérisé par une CRP à 231mg/L et une hyperleucocytose à 16,6 giga/L. Le cliché panoramique confirme les importantes atteintes carieuses de 54 et 55 dans un contexte de poly-caries et révèle l'agénésie de 14 et 15.

Devant le tableau clinique extériorisé au niveau orbitaire un examen tomodensitométrique est demandé, il révèle une sinusite maxillaire et une ethmoïdite homolatérale compliquée d'un abcès de la lame papyracée sans suspicion d'atteinte du sinus caverneux.

Le traitement a consisté en l'avulsion sous anesthésie générale de 54, 55, 75,85.

À 24h l'enfant est apyrétique et à 72h les résultats biologiques montrent une CRP à 54 mg/L et un taux de leucocytes à 7,9 giga/L. Après disparition de la symptomatologie, la sortie d'hospitalisation est réalisée à J7 avec un relai per os de l'antibiothérapie poursuivie pendant 10 jours : amoxicilline et acide clavulanique 80 mg/kg .

Peu de cas d'ethmoïdite d'origine dentaire sont rapportés (I-Ting Liu et al 2006). Devant toute éthmoïdite aigue extériorisée atypique sans origine naso-pharyngée apparente la recherche d'une étiologie bucco-dentaire est indispensable. La gravité du pronostic réside dans le risque d'atteinte du nerf optique, du sinus caverneux et des structures cérébro-méningées (Curien et al 2007 ; Fanella et al 2012). Compte tenu des complications associées, un examen tomodensitométrie est nécessaire lors du bilan (Mouriaux et al 2012). Dans ce cas, l'évolution du processus infectieux a probablement été favorisée par l'agénésie de 14 et 15.

PAPACHRYSSANTHOU Juliane
bibou255@hotmail.com