

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 2003

THESE N° 151/M

**SUPPURATIONS CERVICALES PROFONDES
SUS HYOIDIENNES**
ASPECTS CLINIQUES ET DEMARCHE THERAPEUTIQUE
A PROPOS DE 28 CAS

SCD UNIV.LIMOGES



D 035 113836 8

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 17 septembre 2003 par

Sandrine CODRON

Née le 28 mars 1973 à Bois-Colombes (Hauts de Seine)

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur SAUVAGE.....Président
M. le Professeur BESSEDE.....Juge
M. le professeur CHARISSOUXJuge
M. le Professeur CUBERTAFOND.....Juge

Mme le docteur MATHONNET.....Membre invité
M. le docteur ORSEL.....Membre invité
M. le docteur CHARISSOUX.....Membre invité

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESEURS : Monsieur le professeur LASKAR Marc
 Monsieur le Professeur VALLEIX Denis
 Monsieur le Professeur COGNE Michel

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE – CHEF DES SERVICES

ADMINISTRATIFS : ROCHE Doriane

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS :

C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul * (C.S) OHPTALMOLOGIE
ALAIN Jean-Luc (C.S) CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S) MEDECINE INTERNE
 ARNAUD Jean-Paul (C.S) CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
 TRAUMATOLOGIQUE
BARTHE Dominique HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BAUDET Jean (C.S) CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE
BEDANE Christophe DERMATOLOGIE
BENSAID Julien CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
BERTIN Philippe THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S) PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S) DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S) HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOULESTEIX Jean (C.S) PEDIATRIE
BOUTROS-TONI Fernand BIostatistique ET Informatique Medicale
CHARISSOUX Jean-Louis CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S) PSYCHIATRIE ADULTE
COGNE Michel IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (C.S) UROLOGIE
CORNU Elisabeth CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe NEUROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre (C.S) CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DARDE Marie-Laure (C.S) PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S) PEDIATRIE
DENIS François (C.S) BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S) ANATOMIE
DUDOGNON Pierre (C.S) REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe UROLOGIE
DUMAS Michel NEUROLOGIE
DUMONT Daniel MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY Jean-Paul (C.S) RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS Pierre (C.S) ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
GAINANT Alain CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S) PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S) REANIMATION MEDICALE
JAUBERTEAU-MARCOHAN M. ODILE IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S) ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LASKAR Marc (C.S) CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LEGER Jean-Marie PSYCHIATRIE ADULTE

LEROUX-ROBERT Claude (C.S) NEPHROLOGIE
MABIT Christian ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
MAUBON Antoine RADIOLOGIE
MELLONI Boris PNEUMOLOGIE
MENIER Robert (C.S) PHYSIOLOGIE
MERLE Louis PHARMACOLOGIE
MOREAU Jean-Jacques (C.S) NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique CHIRURGIE INFANTILE
NATHAN-DENIZOT Nathalie ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
PERDRISOT Rémy BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
PHILIPPE Henri-Jean (C.S GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
PILLEGAND Bernard (C.S) HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
PIVA Claude (C.S) MEDECINE LEGALE
PRALORAN Vincent (C.S) HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
RIGAUD Michel (C.S) BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ROUSSEAU Jacques (C.S) RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
SAUTEREAU Denis HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S) OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
TREVES Richard (C.S) RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S) CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel NEUROLOGIE
VALLEIX Denis ANATOMIE
VANDROUX Jean-Claude (C.S) BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
VERGNENEGRE Alain EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
VIDAL Elisabeth (C.S) MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe REANIMATION MEDICALE
VIROT Patrice (C.S) CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S) MALADIES INFECTIEUSES

PROFESSEUR ASSOCIE À MI-TEMPS

BUCHON Daniel MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE

BUISSON Jean-gabriel

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES6PRATICIENS HOSPITALIERS

Alain Sophie Bacteriologie-virologie-hygiene hospitaliere
ANTONINI Marie-Thérèse Explorations fonctionnelles physiologiques
BOUTEILLE Bernard Parasito-mycologie
CHABLE Hélène Biochimie et génétique moléculaire, chimie des explorations fonctionnelles
DURAND-FONTANIER Sylvaine Anatomie
ESCLAIRE Françoise Laboratoire d'histologie
JULIA Annie Laboratoire d'Hématologie
LAPLAUD Paul Biochimie et génétique moléculaire
MOUNIER Marcelle Bactériologie-virologie-hygiène hospitalière
PETIT Barbara Anatomie et cytologie pathologiques
PLOY Marie-Cécile
RONDELAUD Daniel
VERGNE-SALLE Pascale
YARDIN Catherine

Remerciements,

Monsieur le professeur Sauvage,

Je vous remercie infiniment d'avoir accepté de présider ce jury et de débattre un sujet qui je le sais, reste cher à vos yeux et aux miens...

J'espère honorer les connaissances que vous m'avez apportées au fil des mois passés à vos côtés...

À mes maîtres M&M les Professeurs Sauvage et Bessède
de m'avoir accepté et aider dans mon apprentissage
médicochirurgical.

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée
tout au long des semestres.

J'ai pour ma part apprécié l'enseignement de chacun et ai
beaucoup d'admiration pour votre précision et maîtrise de
l'otologie M. Sauvage, votre rigueur et rapidité chirurgicale
M. Bessède....

Un premier semestre en chirurgie n'est jamais facile, mais
j'ai vraiment appréciée de travailler avec vous M. le
Professeur Cubertafond et de vous aider au bloc opératoire.
Vous voir membre de mon jury de thèse me touche
énormément.

À Stéphane Orsel, mon Troisième maître d'ORL pour ta
patience, ta gentillesse et la simplicité de ton enseignement.
Travailler pour et avec toi est un plaisir.

A M&M Charissoux et Dufour pour m'avoir accompagnée dans mes premiers pas en O.R.L. Mon semestre à Brive reste un excellent souvenir d'apprentissage et de sympathie.

Un énorme merci au Dr Ngo pour tout...

Merci à Muriel Mathonnet d'avoir accepté d'être membre invité lors de ma thèse, de m'avoir aidée par toutes nos conversations au cours des gardes. Vous restez un exemple pour moi sur bien des points...

Merci à mes parents et mes frères de m'avoir aidée pendant toutes mes études et de m'avoir laissée maîtresse de mes choix... j'espère ne pas vous avoir déçus.

Pour mes grands parents que j'aurais voulu présents mais que la maladie a malheureusement emportés trop tôt...

Surtout toi grand père si fier de la réussite de tes petits enfants.

Je ne suis entrée ni à l'X ni à Centrale selon tes souhaits mais j'acquiers aujourd'hui le titre de docteur en médecine...

A Vincent, qui a supporté mes humeurs, mes angoisses et mon découragement tout au long de cette année de travail.

Je souhaite pouvoir à mon tour le faire pour toi le moment venu...

A Karine, amie et confidente, tu as toujours cru en moi et en ma réussite. Malgré nos vies divergentes, tu restes là ancrée et tes conseils me seront toujours précieux...

A Vivi, Marjolaine et Laetitia que j'adore pour leur amitié et nos soirées de rires...

A ceux que je n'ai pas cités mais que je côtoie chaque jour, l'équipe soignante du service et de la consultation, le personnel du bloc opératoire et le secrétariat... Je vous remercie de votre accueil et du travail que vous faites chaque jour.

Sandrine....

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I. ETUDE ANATOMIQUE

***II. DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE ET
DIFFERENTIEL***

***III. SUPPURATIONS CERVICALES :
SYMPTOMATOLOGIE CLASSIQUE***

IV. ASPECTS BACTERIOLOGIQUES

V. TRAITEMENT

VI. ETUDE DE 28 CAS

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

TABLES DES MATIERES

Introduction :

Les suppurations cervicales profondes sont des suppurations d'origine dentaire, amygdalienne ou inconnue, touchant les espaces péripharyngés sub linguaux et sous maxillaires.

Souvent elles s'élargissent aux loges adjacentes.

Il en est difficile de connaître le point de départ.

L'examen scannographique a amené à revoir une classification qui avait été déjà bien décrite par les anciens et revue selon les voies de diffusions de l'infection.

En particulier, la description se fait sur un mode vertical et non plus sur un mode horizontal.

De ce diagnostic topographique dépend le choix de la voie d'abord chirurgicale.

Une terminologie nouvelle imposée souvent par les radiologues a été dictée par le fait qu'elle est utilisée maintenant dans la littérature internationale.

Nous avons volontairement exclu de notre étude les cellulites extensives et les fasciites nécrosantes qui se développent dans un plan sous cutané et ne concernent pas les espaces profonds.

I. ANATOMIE DES LOGES TISSULAIRES CERVICALES

Introduction :

La région cervicale se divise anatomiquement dans un plan horizontal en deux régions bien distinctes de part la position de l'os hyoïde.

Cet élément clef a été choisi du fait des insertions musculo aponévrotiques des espaces superficiels et profonds du cou.

Il permet de différencier deux régions sus et sous hyoïdienne.

La région sus hyoïdienne comprend les éléments cervicaux allant de la base du crâne jusqu'à l'os hyoïde.

La région sous hyoïdienne comprend les éléments allant de l'os hyoïde à la jonction cervico-thoracique.

Chacune étant elles mêmes subdivisées en plusieurs espaces fonction des différents éléments qu'elles contiennent, faisant l'objet d'une classification bien précise ayant évoluée au fils des années du fait des découvertes anatomiques en dissection poussée et par les progrès de l'imagerie.

Il existe ainsi à la fois des notions anatomiques sur description clinique et des notions apportées par les radiologues.

I 1. *Espaces anatomiques classique d'après Carpentier*

Carpentier a étudié plusieurs ouvrages anatomiques écrits par des auteurs différents, avant d'établir une synthèse anatomique de leurs recherches, dont notamment celles de Testut, Rouvière et Delmas, Grégoire, Olivier et Paturet.

1. Etage inférieur

L'étage inférieur de la face ou buccopharyngé est centré par deux formations médianes : la cavité buccale et le pharynx auquel on peut rattacher la région amygdalienne.

a. Le pharynx

Le pharynx est un conduit musculo membraneux en forme d'entonnoir dans lequel débouchent 3 cavités qui sont de haut en bas :
Les fosses nasales, la cavité buccale, et le larynx.

De là sa division en 3 parties : - le nasopharynx
- l'oropharynx
- l'hypopharynx

Il se termine au niveau de C6 et se poursuit par l'œsophage.

Le pharynx est constitué par plusieurs muscles, aplatis, pairs et symétriques, compris entre deux aponévroses : les fascias internes et externes de l'aponévrose pharyngo basilaire.

b. La région amygdalienne

La région amygdalienne comprend l'amygdale palatine et la loge qui la contient.

La loge amygdalienne est circonscrite par les piliers antérieur et postérieur du voile du palais.

Sa paroi externe est constituée par le pharynx.

Autour de l'axe aéro-digestif, se disposent un grand nombre de régions que l'on peut regrouper en 3 parties : superficielles, profondes et inférieures.

En ce qui concerne notre étude, nous nous intéresserons qu'à la région profonde qui comprend 5 parties :

- Une en arrière du pharynx : c'est l'espace rétropharyngien.
- Les 4 autres sont latéro-pharyngiennes et occupent l'espace latéro-pharyngien céphalique.

2. Région profonde

a. Espace rétro-pharyngien

C'est un espace compris entre le pharynx, l'aponévrose prévertébrale et les cloisons sagittales.

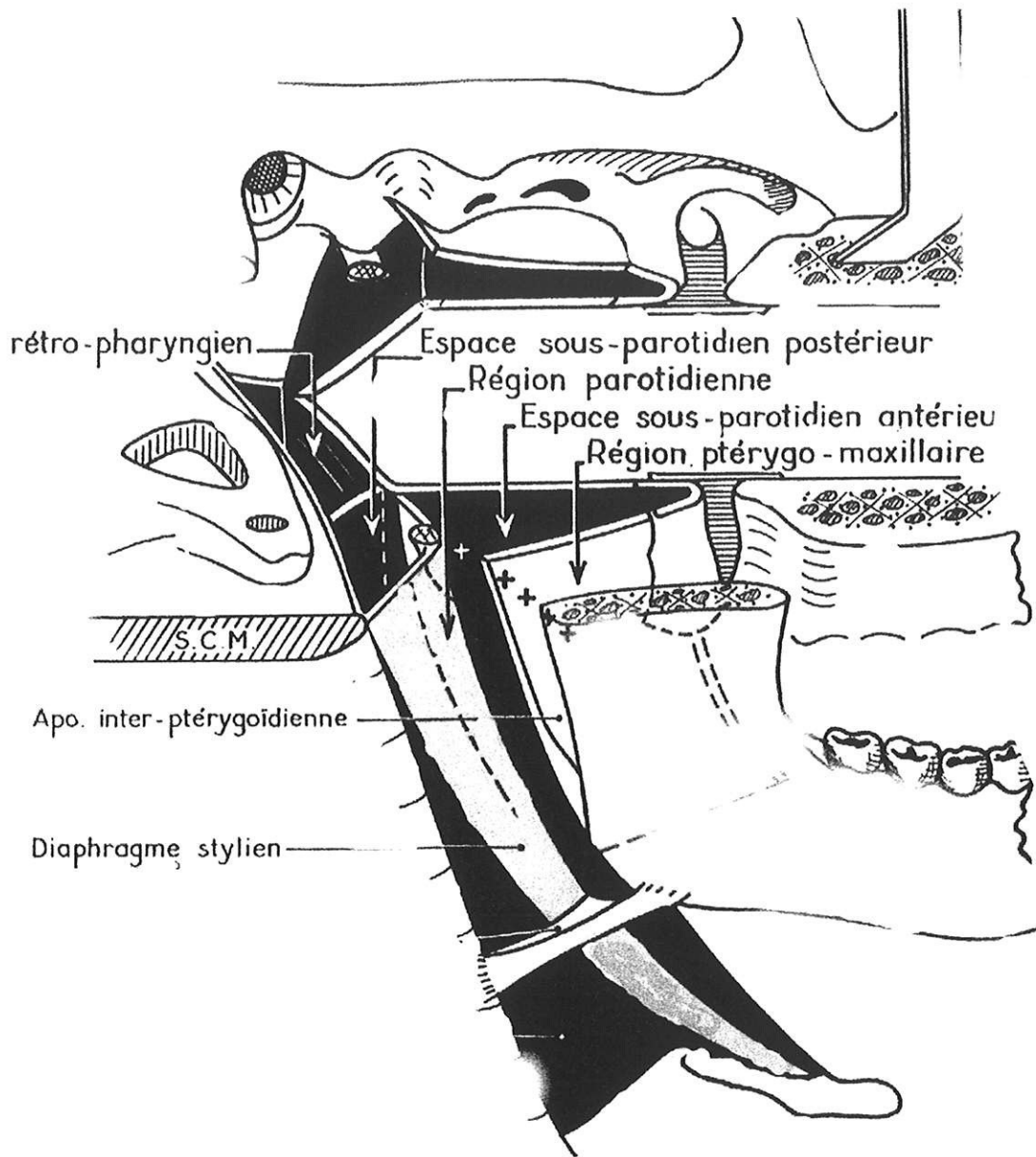
Il se poursuit en bas par l'espace rétro-viscéral du cou.

b. Espace latéro-pharyngien céphalique

Cet espace s'étend entre le pharynx en dedans, et le plan du sterno-cléido-mastoïdien et de l'arc mandibulaire en dehors.

Il est traversé par deux formations musculo-aponévrotiques :

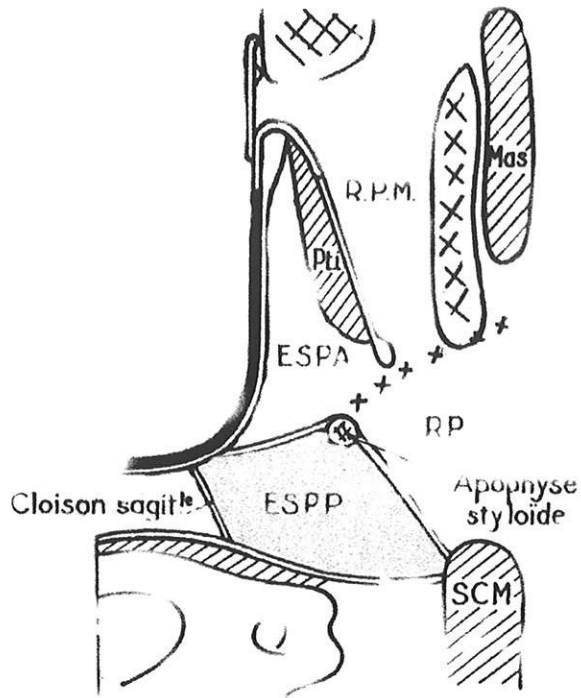
- le diaphragme stylien
- L'aponévrose ptéridoïdienne médiale



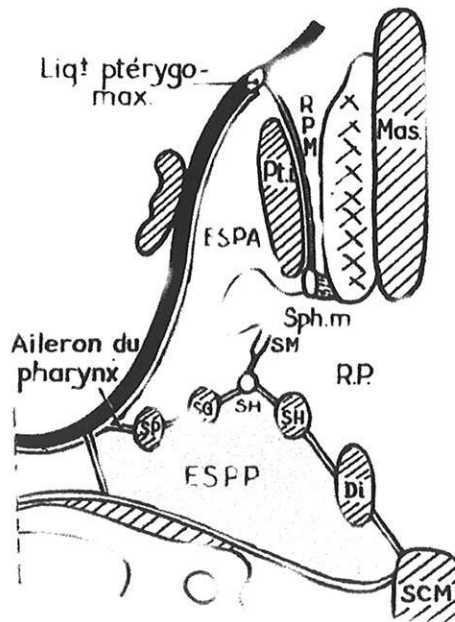
RÉGIONS PROFONDES DE LA FACE (Vue perspective)

Ces 2 formations cloisonnent l'espace latéro-pharyngien en 4 régions dénommée par Carpentier en :

- région ptérygo-maxillaire
- Espace sous parotidien antérieur
- Région parotidienne
- Espace sous parotidien postérieur



COUPE HORIZONTALE (Niveau A)



COUPE HORIZONTALE (Niveau B)

Cette classification anatomique a évolué grâce à une imagerie performante aboutissant à une nouvelle nomenclature internationale.

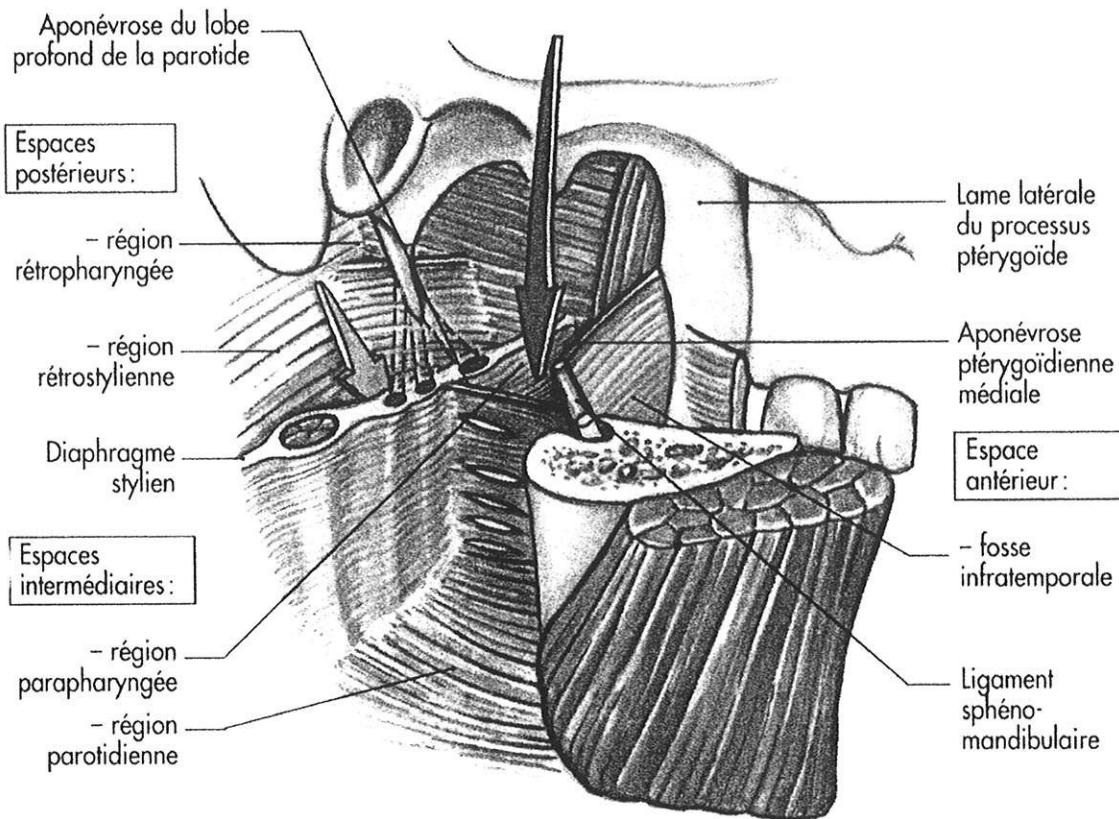
I 2. Région suprahyoïdienne selon Harnsberger

Sept espaces ont été décrits :

- ▶ Sous muqueux ou périamygdalien
- ▶ Para pharyngé ou préstylien (ou parotidien antérieur)
- ▶ Masticateur ou ptérygomaxillaire
- ▶ Parotidien
- ▶ Carotidien ou rétrostylien (ou parotidien postérieur)
- ▶ Rétro pharyngé
- ▶ Péri vertébral

Ces espaces sont séparés de la muqueuse du pharynx par une aponévrose solide appelée fascia pharyngo basilaire et entre eux par deux cloisons :

- ⇒ Une cloison postérieure correspondant au diaphragme stylien
- ⇒ Une cloison antérieure correspondant à l'aponévrose ptérygoïdienne médiale (sépare les groupes parotidien et parapharyngé, de la fosse massétérine)



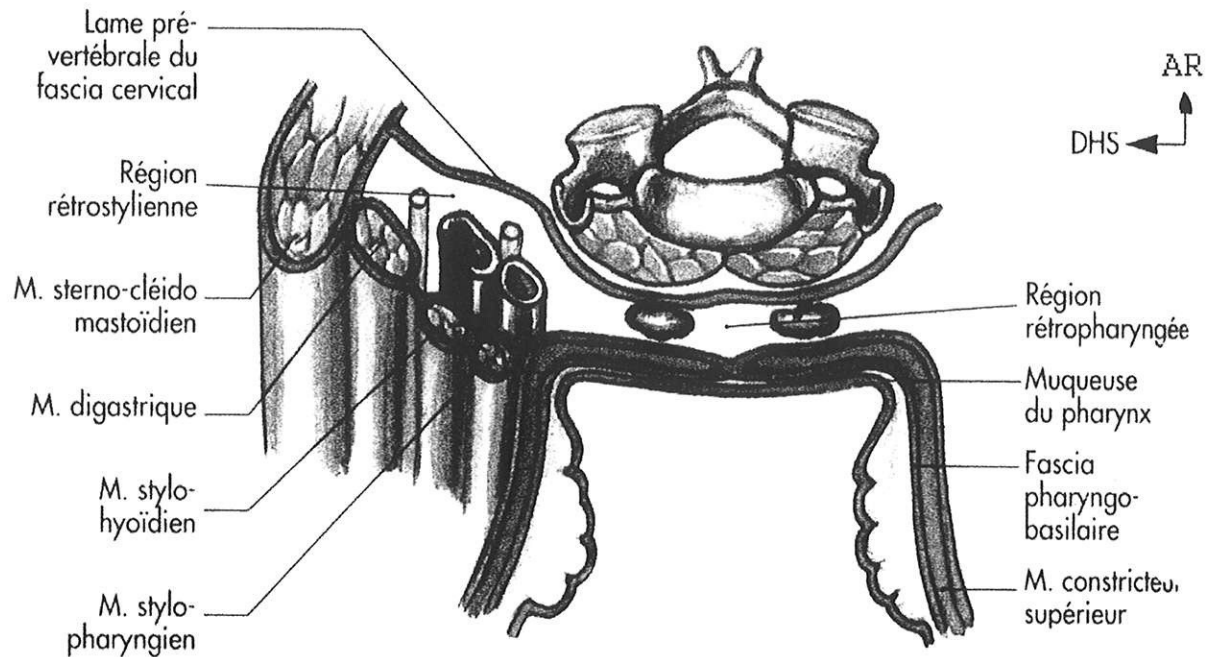
Espaces profonds de la face et du cou : vue latérale droite d'après Bonfils.

Les fascias et aponévroses délimitant chaque espace sont au nombre de cinq.

Le *fascia pharyngo basilaire* est un élément essentiel puisqu'ils séparent tous les espaces profonds, en dehors de l'espace sous muqueux, de l'axe pharyngé.

En arrière, la *lame prévertébrale* du fascia cervical sépare ces espaces de la région de la nuque.

Les trois autres divisent les régions entre elles en sachant que le *diaphragme stylien* et l'*aponévrose ptérygoïdienne médiale* sont deux structures anatomiques essentielles tandis que l'*aponévrose du lobe profond de la parotide* est accessoire.



Diaphragme stylien et fascia pharyngo-basilaire d'après Bonfils.

Le diaphragme stylien est un diagramme musculo aponévrotique s'insérant en haut sur la base du crâne selon un trajet vertical allant de la pointe mastoïdienne au processus styloïde puis au bord du foramen carotidien où il rejoint le fascia pharyngo basilaire. (voir coupe base du crâne)

Il se dirige de haut en bas et d'arrière en avant.

Il est composé :

- ☛ Ventre postérieur du digastrique
- ☛ Quart > du muscle SCM
- ☛ Muscle stylohoïdien
- ☛ Ligament stylohoïdien
- ☛ Muscle stylopharyngien

Ces divers éléments musculaires et ligamentaires ménagent entre eux quatre interstices fermés par des cloisons aponévrotiques.

L'interstice compris entre le muscle digastrique et le muscle stylo-hoïdien est traversé dans sa portion supérieure par le tronc du nerf facial.

L'interstice situé entre le muscle stylo-hoïdien et le ligament stylo-hoïdien est traversé dans sa partie basse par l'artère carotide externe.

L'aponévrose ptérygoïdienne médiale comprend deux parties :

⇒ Une partie antéro inférieure où elle recouvre la face médiale du muscle ptérygoïdien médial

⇒ Une partie postéro supérieure où elle rejoint l'aponévrose interptérygoïdienne pour s'insérer sur la base du crâne.

L'aponévrose du lobe profond de la parotide est une lâche aponévrose tendue entre le ligament sphénomaxillaire en avant (qui correspond à un épaississement postérieur de l'aponévrose interptérygoïdienne) et le ligament stylo-mandibulaire en arrière.

Elle sépare la région parotidienne de la région parapharyngée mais demeure inconstante.

La compréhension de l'agencement des sept espaces permet de discuter sur l'origine d'une masse apparaissant centrale et de son mode d'extension loco régionale.

A. ESPACE SOUS MUQUEUX:

Du fait de sa proximité avec les voies aériennes digestives, et notamment de la muqueuse pharyngée, les processus inflammatoires sont fréquents mais très souvent négligés par leur banalité.

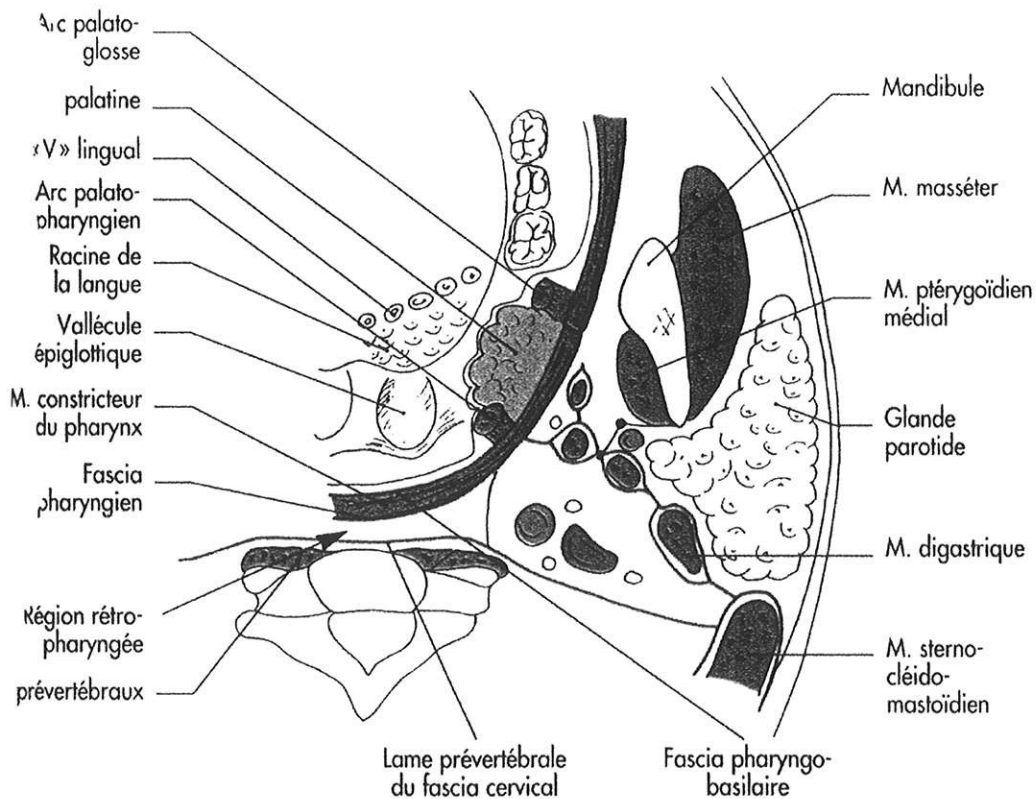
I Anatomie:

L'espace sous muqueux correspond à la région comprise entre l'épithélium de surface des voies respiratoires supérieures et le fascia externe recouvrant les muscles constricteurs du pharynx.

Il correspond au niveau de l'oropharynx à l'espace périamygdalien situé entre la tonsille et les muscles des piliers.

C'est un véritable plan capsulaire qui permet une dissection parfaite et exsanguine lors des amygdalectomies.

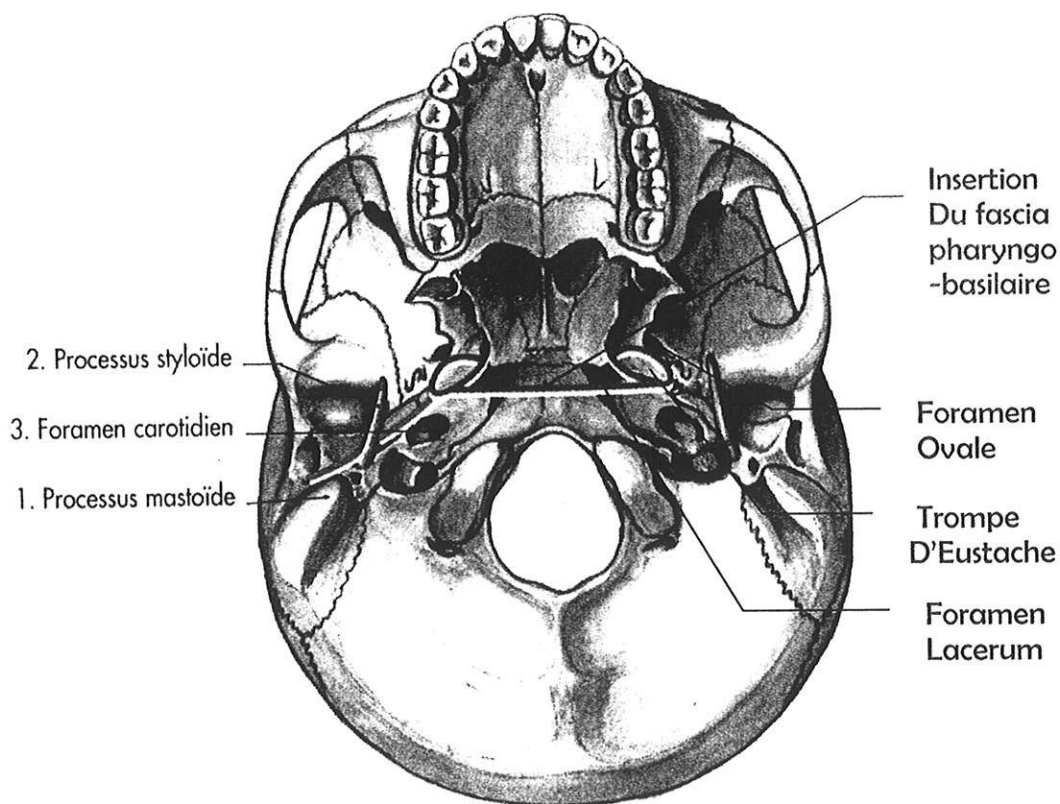
Il est bordé latéralement par l'espace parapharyngé et postérieurement par l'espace rétropharyngé.



II Contenu:

L'espace sous muqueux est constitué de :

- Muqueuse pharyngée qui sous l'effet irritant de certains toxiques (tabac, alcool) subit une transformation métaplasique au potentiel dégénératif après un délai d'exposition variable.
- Tissu lymphoïde (anneau de Waldeyer) dont le volume diminue avec l'âge sauf en cas d'infection chronique des voies respiratoires.
- Glandes salivaires accessoires dispersées dans la muqueuse.
- Fascia pharyngo basilaire (paroi latérale) dont le repli postéro latéral permet le passage de la trompe d'Eustache (dans le sinus de Morgagni) entre le foramen ovale et le foramen lacérum en dedans.



Insertions sur la base du crâne du fascia pharyngo-basilaire.

- Les muscles constricteurs supérieurs et moyens du pharynx.
- Le muscle pharyngo staphylin
- Les muscles élévateurs du palais
- Le cartilage terminal de la trompe d'Eustache.

L'atteinte de la base du crâne par les processus infectieux (ou tumoraux) se fait par l'intermédiaire des sinus de Morgagni qui constituent une zone de faiblesse (37).

B. ESPACE PARAPHARYNGE :

Il s'agit d'une loge virtuelle centrale délimitée par quatre autres espaces :

- ▶ Sous muqueux
- ▶ Parotidien
- ▶ Carotidien
- ▶ Rétro pharyngé

Peu de lésions sont à point de départ strictement para pharyngé du fait de son étroitesse, il s'agit le plus souvent de masses originaires des autres espaces et se développant au sein de l'espace para pharyngé lors de leur évolution.

D'ailleurs, l'aspect central de la masse, la déformation de ses parois, ainsi que le déplacement et l'envahissement de la graisse para pharyngée permettent de déterminer la région d'origine de la masse.

I Anatomie :

La région parapharyngée a une forme de trapèze comprenant quatre parois : médiale et latérale, antérieure et postérieure.

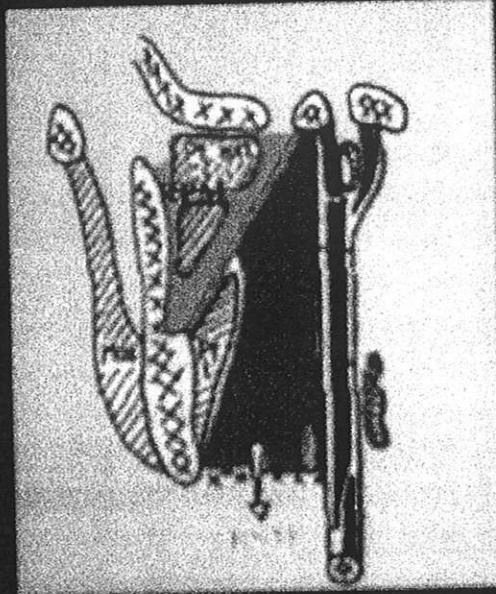
- La paroi médiale est la paroi d'exploration clinique. Elle est séparée de l'espace sous muqueux par les muscles constricteurs supérieur et moyen du pharynx recouvert latéralement du fascia externe et médialement par le fascia pharyngo basilaire.
- La paroi latérale est constituée par l'aponévrose du lobe profond de la parotide qui sépare l'espace para pharyngé des loges masticatrice et parotidienne.
Les suppurations parotidiennes peuvent diffuser entre les ligaments sphéno-maxillaire et stylo-mandibulaire et envahir très facilement l'espace parapharyngé.
- La paroi antérieure est constituée du muscle ptérygoïdien médial recouvert à sa partie interne par l'aponévrose ptérygoïdienne médiale. Elle sépare ainsi l'espace parapharyngé de la partie postérieure de l'espace masticateur.
- La paroi postérieure correspond à la face ventrale du rideau stylien, soit de dedans en dehors : le muscle stylo-pharyngien, le ligament stylo-hoïdien et le ventre postérieur du digastrique le séparant ainsi de la loge carotidienne.

La région parapharyngée est fermée en haut par la portion pétro-tympanique du temporal.

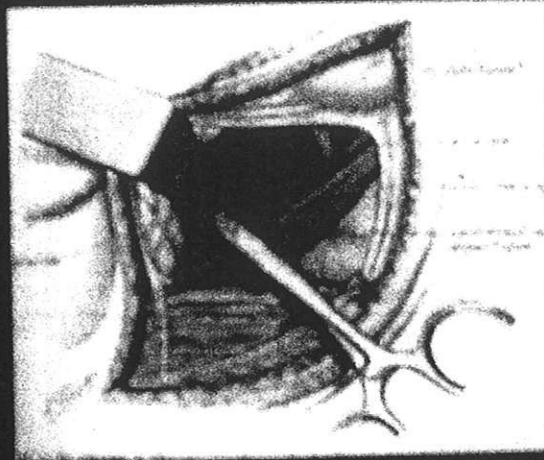
Il n'existe aucune communication entre cette région et l'endocrâne.

Par contre, elle est largement ouverte sur la région sous-maxillaire.

Espace préstylien



Connexions inférieures



Espace parapharyngé.

II Contenu :

Des divergences d'opinion sont notées dans plusieurs ouvrages.

Pour certains cet espace ne contient ni muqueuse, ni muscle, os, chaîne lymphatique ou glande salivaire et est principalement constitué de tissu adipeux facilement identifiable à l'imagerie, permettant d'apprécier le déplacement de la loge par rapport aux autres qui l'entourent.

Pour d'autres, cet espace est traversé par le muscle stylo-glosse lorsqu'il quitte le diaphragme stylien pour rejoindre les masses musculaires de la langue.

Dans les deux cas, c'est un espace graisseux traversé par deux éléments vasculaires et fondamentaux : les artères palatine et pharyngienne ascendantes associées au plexus veineux pharyngien.

La première naît de l'artère faciale en regard du pôle inférieur de l'amygdale, puis monte verticalement le long de la paroi pharyngée.

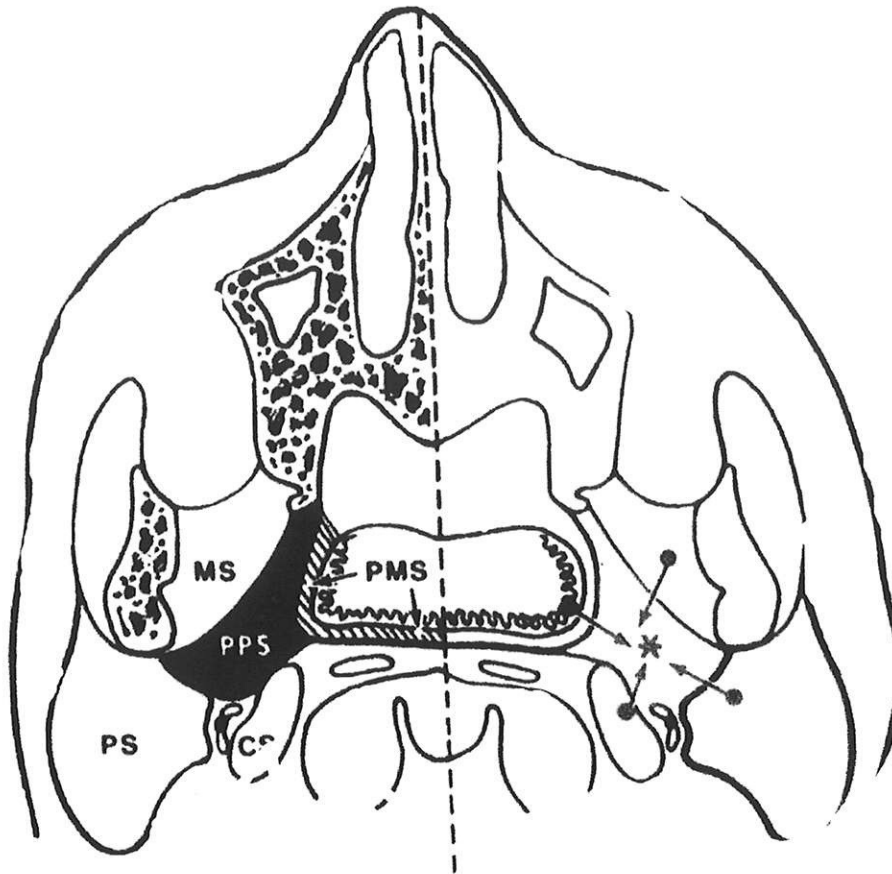
La seconde naît de la carotide externe en regard de la grande corne de l'os hyoïde et chemine en arrière de la première.

III Extension :

L'espace para pharyngé s'étend de la base du crâne jusqu'à la grande corne de l'os hyoïde.

Il est comparable à un tube graisseux séparant les autres espaces anatomiques entre eux d'où un risque majeure de diffusion de processus infectieux ou tumoral par son biais en direction des loges cervicales sous hyoïdiennes voire médiastinales ou la base du crâne.

Il est à noter qu'il n'existe pas de fascia séparant le bord postérieur de l'espace sous maxillaire de l'espace para pharyngé. Aussi les lésions développées aux dépens de ce dernier apparaissent cliniquement équivalentes à des masses sous mandibulaires.



PARAPHARYNGEAL SPACE

Espace parapharyngé d'après Harnsberger

C. ESPACE PTERYGOMAXILLAIRE:

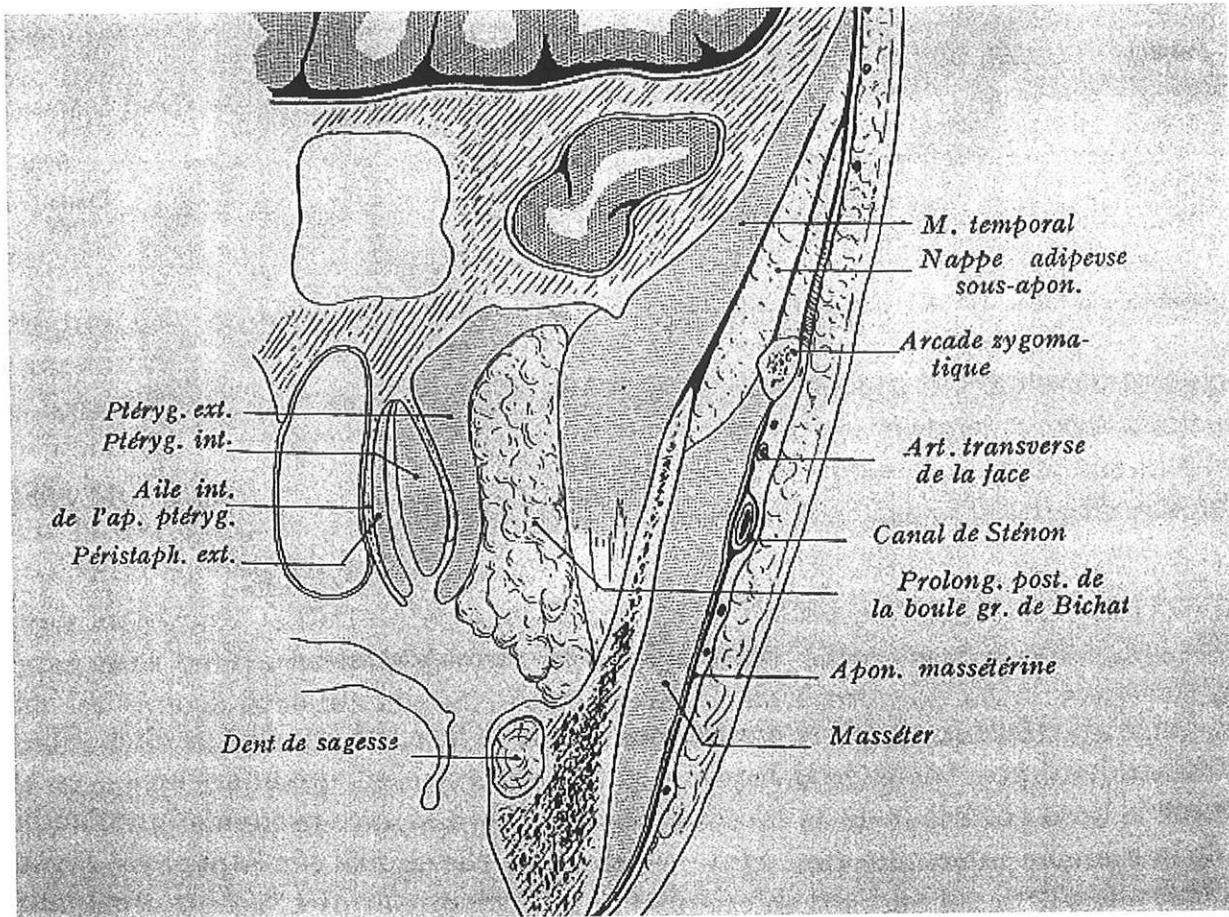
I Anatomie :

La région masticatrice ou ptérygomaxillaire, est située comme son nom l'indique sous la région temporale.

De forme cubique, elle comprend en arrière la région des muscles ptérygoïdiens, en avant la région rétro-maxillo-zygomatique, et en dedans, la région ptérygo-palatine.

Elle est séparée des espaces parapharyngé et parotidien par l'aponévrose ptérygoïdienne médiale.

- ⇒ Sa paroi latérale est constituée par la branche montante de la mandibule et l'arcade zygomatique, enveloppées par les muscles temporal et masséter.
- ⇒ Sa paroi médiale est formée par la lame latérale du processus ptérygoïde. Le foramen sphéno-palatin situé à sa partie supérieure fait communiquer la région ptérygo-palatine avec les fosses nasales.
- ⇒ Sa paroi antérieure est représentée par la face postérieure du maxillaire (tubérosité maxillaire)
- ⇒ Sa paroi postérieure est formée par les deux muscles ptérygoïdiens médial et latéral séparées par l'aponévrose inter ptérygoïdienne dont l'insertion supérieure est médiale par rapport au foramen ovale ce qui explique les atteintes possibles de la base du crâne lors des processus infectieux de cette région.
- ⇒ Sa paroi supérieure est osseuse en dedans mais elle est largement ouverte en dehors vers la région temporale par le canal zygomatique.
- ⇒ La paroi inférieure correspond à l'insertion basse du muscle ptérygoïdien médial.



Loge masticatrice d'après Rouvière et Delmas.

La région des muscles ptérygoïdiens est une importante voie de passage pour les éléments vasculo-nerveux.

Il en existe cinq :

- ☛ Le foramen ovale en haut
- ☛ En bas un passage étroit fait communiquer la région massétérine avec la loge sous maxillaire par lequel passe le nerf lingual.
- ☛ En arrière, le tunnel stylo-mandibulaire entre le condyle et le ligament sphéno-mandibulaire la fait communiquer avec la région parotidienne et permet le passage de l'artère et de la veine maxillaire ainsi que du nerf auriculo temporal.

☛ En avant et en dedans, elle est largement ouverte sur la région ptérygo-palatine.

☛ En dehors, la branche montante de la mandibule ferme la loge mais deux communications existent : le foramen mandibulaire (1/3 moyen) et le trou mentonnier (1/3 inférieur) qui laissent passer le nerf alvéolaire inférieur.

II Contenu :

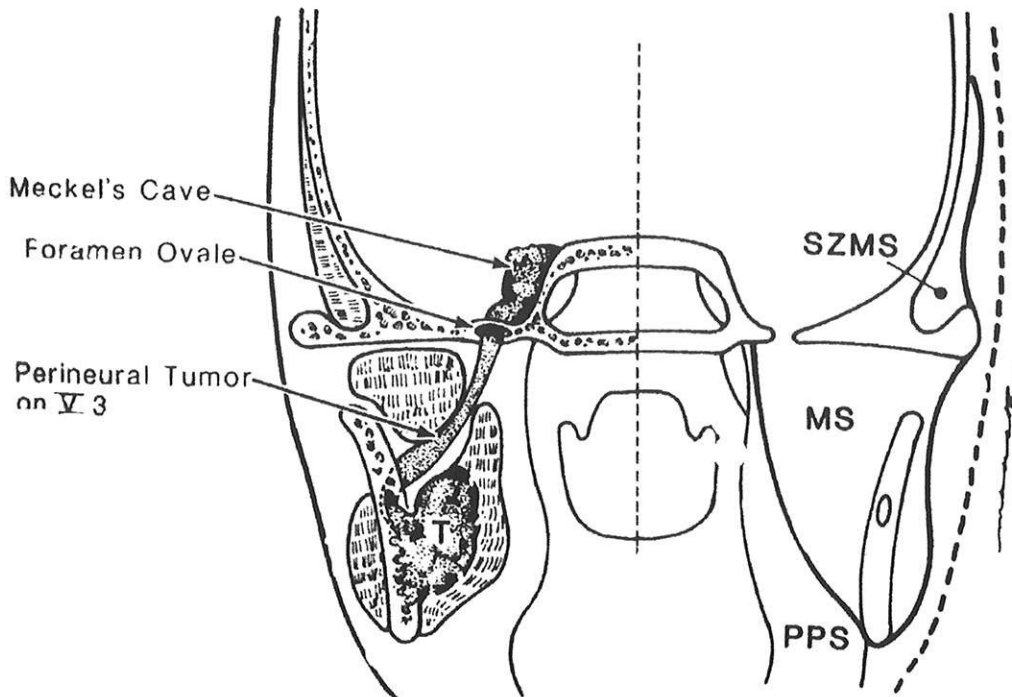
- Muscles de la mastication :
 - masséter
 - temporal
 - ptérygoïdiens médial et latéral

- Branche motrice du nerf trijumeau : V3
- Branche sensorielle du V3 : nerf alvéolaire inférieur
- Vaisseaux maxillaires, artère et veine.
- Corps et branche montante de la mandibule

Le muscle masséter est le plus large des quatre.

Ils sont tous innervés par le V3, aussi toute tumeur maligne en se développant finit par provoquer une atrophie musculaire et donc une diminution de volume de l'espace masticateur.

Toute infection ou tumeur de cet espace peut facilement s'étendre jusqu'à la base du crâne en suivant le trajet des insertions musculaires.



Extension à la base du crâne selon Harnsberger

Le signe clinique révélateur d'un processus expansif est le trismus.

L'association clinique d'atrophie mandibulaire, de douleur dentaire, d'otite séreuse secondaire à un dysfonctionnement de la trompe d'Eustache par atteinte des branches du tenseur palatin évoque une tumeur développée au dépend du V3.

La plupart des processus expansifs sont d'origine infectieuse à point de départ dentaire ou tumoral d'origine osseuse.

Les lésions peuvent s'étendre vers la loge parotidienne qui reste plus superficielle et croise le muscle masséter. De même que les masses parotidiennes peuvent cliniquement évoquer de façon erronée une origine massétérine.

III Extension :

La loge ptérygomaxillaire est la plus étendue d'amont en aval sur une coupe coronale, de l'angle mandibulaire jusqu'à l'insertion du muscle temporal.

Aussi est-il très facile de manquer une éventuelle extension à l'imagerie vers l'arcade zygomatique si les coupes TDM ne remontent pas assez haut.

L'extension des processus infectieux est multiple du fait des nombreuses zones de faiblesse rendant la clinique parfois trompeuse par rapport à l'origine de l'infection, mais permettent d'expliquer la rapidité de diffusion des suppurations d'origine dentaire.

D . ESPACE PAROTIDIEN

I Anatomie :

La région parotidienne a la forme d'un prisme à base latérale et à sommet médial et comprend trois parois :

⇒ La paroi externe est bien sur celle de l'exploration clinique. Ses rapports cutanés sont centrés sur la dépression située entre le bord postérieur de la branche de la mandibule en avant et le tragus en arrière.

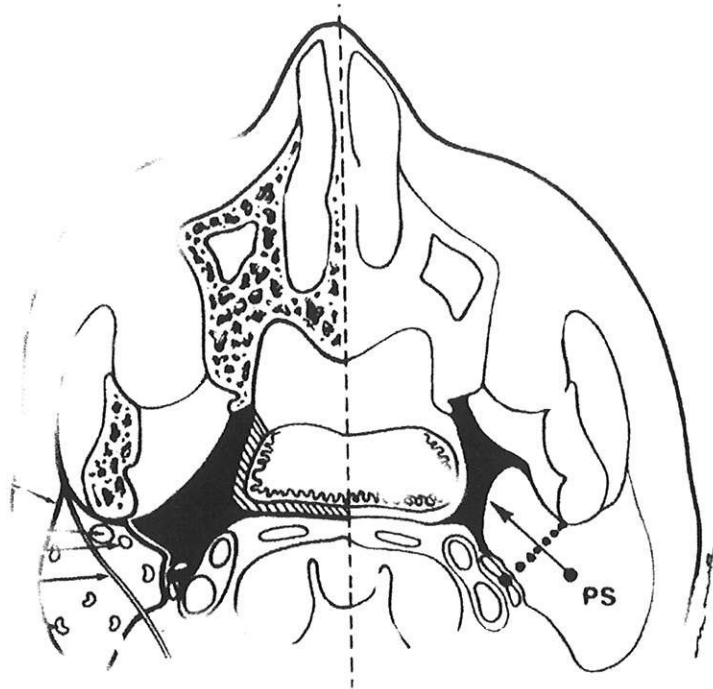
⇒ La paroi postérieure correspond à la partie externe du rideau stylien, en dehors du ligament stylo-hyoïdien.

⇒ La paroi antérieure comprend de dehors en dedans le muscle masséter, la branche de la mandibule, le ligament sphéno-mandibulaire, le muscle ptérygoïdien médial et le ligament stylo-mandibulaire tendu entre le gonion et le processus styloïde. Ils la séparent de la fosse infra temporale en avant.

L'extrémité supérieure de la région parotidienne est étroite, constituée par la face postérieure de l'articulation temporo-mandibulaire en avant et le méat acoustique externe en arrière.

Par contre son extrémité inférieure est large et fermée par la cloison inter-mandibulo-parotidienne constituée de deux éléments : latéralement, la bandelette mandibulaire tendue du gognon au SCM, et médialement, le ligament stylo-mandibulaire.

Elle sépare la glande parotidienne de la glande sous maxillaire et est perforée par les veines jugulaire externe et rétro mandibulaire.

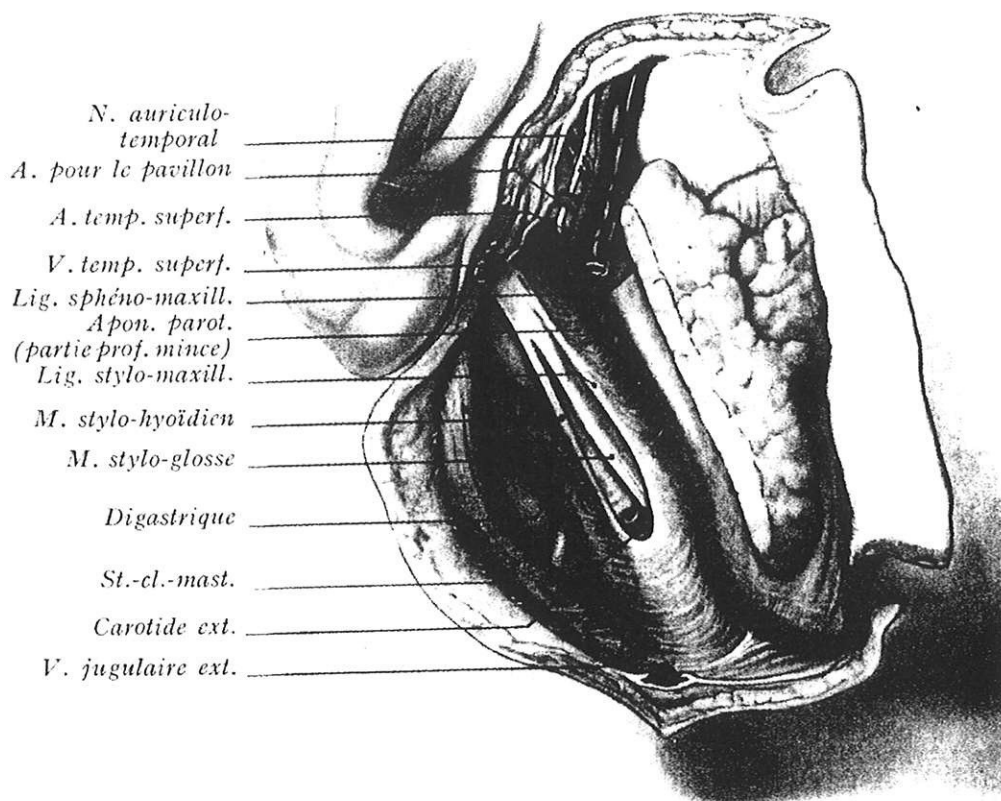


PAROTID SPACE

Espace parotidien selon Harnsberger

II Contenu:

- ☛ Glande parotide
- ☛ Nerf facial
- ☛ Veine rétro mandibulaire
- ☛ Artère carotide externe
- ☛ Nodule lymphatique intra parotidien.



Loge parotidienne d'après Rouvière et Delmas.

a. Glande parotide :

Elle épouse les contours de la région parotidienne.

Elle est enveloppée d'une capsule fibreuse mais émet plusieurs prolongements constituant des zones de faiblesses pour la diffusion des suppurations cervicales :

- Antéro-externe, situé en dehors de la face latérale du muscle masséter.
- Postéro-externe débordant sur la face latérale du SCM.
- Parfois strictement postérieur entre les muscles stylo hyoïdien et digastrique.
- Parfois médial vers la région pharyngée.

Le canal excréteur de la glande parotide naît dans l'épaisseur de la glande par plusieurs racines qui se réunissent en un seul tronc.

Il passe dans un dédoublement de l'aponévrose qui recouvre le muscle masséter et s'abouche en regard de la seconde molaire supérieure après avoir traversé le muscle buccinateur.

b. Nerf facial :

La portion intra-parotidienne du nerf facial entraîne une division de la glande en deux plans : un lobe superficiel et un autre profond.

Celle-ci n'est pas identifiée à l'imagerie, que ça soit scanner ou IRM, même avec une haute résolution.

L'aspect filandreux que l'on peut voir sur les coupes pondérées en T1 à l'IRM, est plus en faveur des ramifications des canaux intra-parotidiens et non pas du nerf facial.

c. Vascularisation :

L'artère carotidienne externe pénètre dans la loge parotidienne par l'espace compris entre le muscle et le ligament stylo hyoïdien.

Elle chemine à la face médiale de la parotide puis se divise en deux branches que sont l'artère maxillaire interne et l'artère temporale superficielle.

Le plexus veineux pharyngien accompagne le nerf facial lors de sa traversée parotidienne.

d. Nodule lymphatique :

Du fait d'une encapsulation tardive de la glande parotide au cours de l'embryogenèse, l'espace parotidien renferme de nombreux nodules lymphatiques à l'intérieur même du parenchyme glandulaire.

Ceux ci se drainent soit vers les nœuds jugulo-digastriques, soit vers les ganglions sous maxillaires en suivant les lymphatiques associés à la veine rétro mandibulaire.

L'espace parotidien reste l'un des premiers relais ganglionnaires de drainage pour les tumeurs malignes du cuir chevelu adjacent, du conduit auditif externe, et de la face profonde.

Une glande parotide normale renferme 20 à 30 nodules à la différence de la glande sous-maxillaire, qui du fait de son encapsulation plus précoce, ne renferme aucun nodule intra glandulaire.

III Extension :

L'espace parotidien est latéral par rapport à l'espace parapharyngé et sous muqueux.

Il correspond au plus latéral des espaces intermédiaires.

L'extension des processus infectieux est facile et rapide du fait des prolongements possibles de la glande.

L'extension par un prolongement médial peut simuler un abcès parapharyngé, aussi il convient de ne pas négliger la palpation endobuccale devant un foyer parotidien.

Au fur et à mesure de l'âge, on peut observer une ptose de la glande parotide, secondaire à son augmentation de volume ou à la perte de tonicité des tissus.

On voit alors le lobe inférieur de la parotide dépasser l'angle mandibulaire.

Elle sert de diagnostic différentiel des masses rétro-mandibulaires.

E. ESPACE CAROTIDIEN :

I Anatomie :

L'espace carotidien est un espace clos, situé en arrière du diaphragme stylien et en avant de la lame prévertébrale du fascia cervical.

Il se prolonge en dedans de la carotide interne par l'espace rétropharyngé.

Pour certains auteurs, il n'existe pas de barrière anatomique entre ces deux espaces, tandis que pour d'autres, ils sont séparés par une cloison sagittale.

Cette région anatomique est très importante du fait des éléments de son contenu et de ses extensions supérieures et inférieures.

II Contenu:

La région rétrostylienne est la voie de passage d'éléments vasculaires destinés à la région cervicale haute et surtout cérébrale.

On note :

- ☛ La carotide interne
- ☛ La veine jugulaire interne
- ☛ Les 9, 10, 11 et 12^{ème} paires crâniennes
- ☛ Le plexus sympathique cervical
- ☛ Les chaînes ganglionnaires lymphatiques.

a. Carotide interne :

L'artère carotidienne interne se détache de la carotide commune en regard de l'os hyoïde.

Toute ectasie, anévrisme ou pseudo-anévrisme de la carotide interne peut simuler une tumeur vasculaire de l'espace rétrostylien.

b. Veine jugulaire interne

La veine jugulaire interne est plus latéro-postérieure par rapport à la carotide interne et toute thrombose peut être confondue avec une tumeur nécrotique de l'espace rétrostylien.

c. Paires crâniennes

Le nerf vague est bien sûr le nerf le plus important du contenu de l'espace rétrostylien.

Il sort de la base du crâne par le foramen jugulaire entre le IX et le XI.

A ce niveau, il présente deux formations ganglionnaires : le ganglion supérieur immédiatement sous le foramen jugulaire, et le ganglion plexiforme plus bas.

Il chemine postérieurement dans l'angle dièdre formé par les vaisseaux jusqu'à la région strerno-cleido-mastoïdienne.

Les trois autres paires crâniennes IX, XI et XII traversent un court instant l'espace rétrostylien, mais bifurquent rapidement en regard du palais mou vers leur destination propre.

Le IX traverse rapidement le rideau stylien pour rejoindre la région parapharyngée par un trajet oblique en bas et en avant.

Le XI se divise en deux branches après sa sortie de la région rétrostylienne, une branche médiale qui rejoint le ganglion plexiforme et une branche latérale qui passe en arrière des vaisseaux en direction du SCM.

Le XII traverse la base du crâne par le canal condylien antérieur et chemine en arrière des vaisseaux selon un trajet oblique en haut et en dehors.

Le tronc sympathique cervical, appartenant au système nerveux autonome prolonge de bas en haut le tronc sympathique thoracique.

Il est formé de deux ou trois ganglions réunis par un cordon intermédiaire.

Le ganglion cervical supérieur est entièrement situé dans la région rétrostylienne.

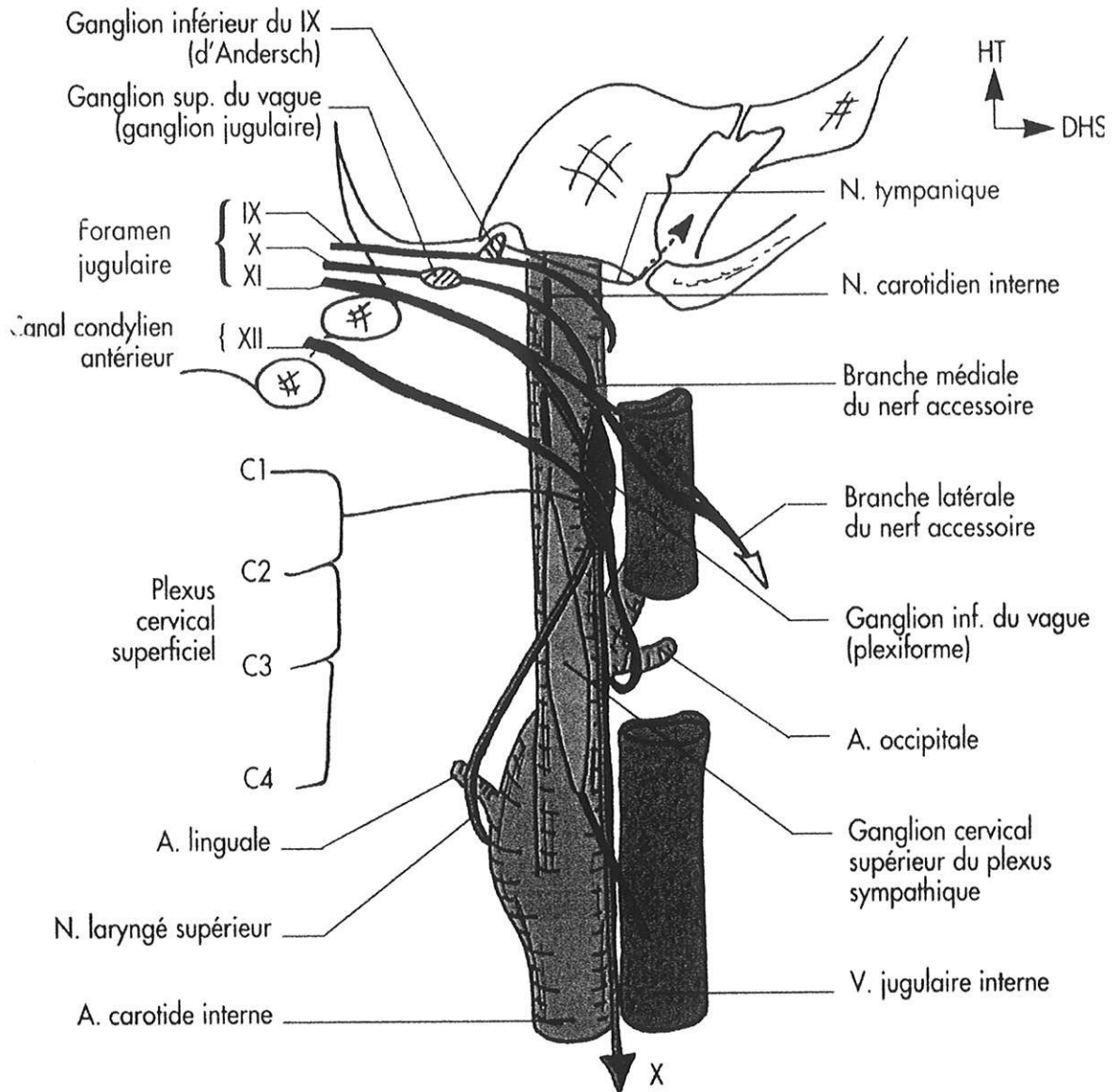
Il est fusiforme, mesure environ quatre centimètres et descend le long de la carotide interne à sa partie postérieure.

A sa partie supérieure se détache des rameaux nerveux destinés aux nerfs moteurs de l'œil (III, IV, VI) et au nerf trijumeau (V).

Un de ses rameaux, le nerf jugulaire s'anastomose avec les ganglions jugulaire et plexiforme du X ainsi qu'avec le ganglion inférieur du IX (ganglion d'Andersch).

d. Les nodules lymphatiques

Ils correspondent à la chaîne jugulo-carotidienne et constituent un relais ganglionnaire principal.



Espace carotidien en vue postérieure d'après Bonfils.

III Extension:

L'espace rétrostylien est étendu de la base du crâne jusqu'à l'arc aortique.
 Il se divise en plusieurs étages : nasopharyngé, oropharyngé, cervical et médiastinal.

Sa partie supérieure communique directement avec la base du crâne par l'intermédiaire du foramen jugulaire, du foramen carotidien et du canal condylien antérieur.

Cela explique ainsi l'extension cervicale de certaines tumeurs endocrâniennes (méningiome, tumeur du glomus, jugulaire et paragangliome), ou que toute infection de l'espace rétrostylien puisse diffuser à la base du crâne et entraîner de graves complications.

Sa partie inférieure se poursuit vers la région strerno-cleido-mastoïdienne sans barrière anatomique d'où le risque rapide de médiastinite lors de suppurations rétrostyliennes.

L'espace rétrostylien est limité latéralement par l'espace parotidien et est séparé de celui-ci par le ventre postérieur du digastrique. Il est limité antérieurement par l'espace parapharyngé dont il est séparé par le rideau stylien.

L'espace rétrostylien constitue la partie latérale de l'espace rétropharyngé, et de nombreuses lésions rétropharyngées peuvent être confondues et simuler des lésions de l'espace rétrostylien.

Tableau récapitulatif des communications des espaces profonds latéropharyngés avec la base du crâne

Espaces	Base du crâne	Voies de passage et foramen
Rétrostylien	<i>Plancher du foramen jugulaire</i>	<i>Artère carotide interne Veine jugulaire interne Nerfs mixtes Nerf hypoglosse et plexus veineux</i>
Préstylien	<i>En dedans du foramen ovale</i>	<i>Aucune</i>
Parotidien	<i>Processus mastoïdien et apophyse styloïde</i>	<i>Foramen stylomastoïdien Nerf facial</i>
Fosse infra temporale		<i>Foramen ovale : ⇒ Nerf mandibulaire ⇒ Veine émissaire du sinus caverneux Foramen spinosum : ⇒ Artère méningée moyenne</i>
Espace sous muqueux	<i>Clivus</i>	<i>Foramen carotidien : ⇒ Artère carotide interne et plexus supra hyoïdien Foramen spinosum</i>

F. ESPACE RETROPHARYNGE:

I Anatomie:

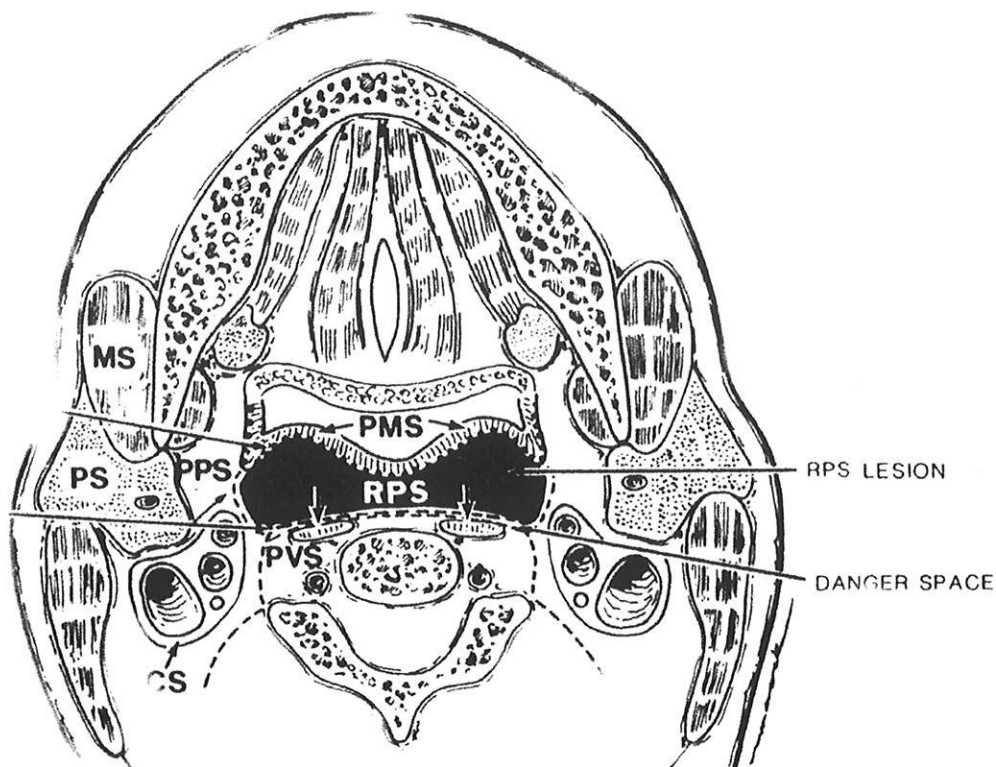
L'espace rétropharyngé est impaire et médian, situé en arrière de la paroi pharyngée postérieure.

Il est limité en avant par le fascia pharyngo basilaire et en arrière par la lame prévertébrale du fascia cervical qui recouvre les muscles longs du cou et le rachis.

D'après certains auteurs et comme dit précédemment il n'existe pas de barrière anatomique séparant l'espace rétropharyngé de l'espace rétrostylien.

Classiquement, la limite entre les deux est assimilée au bord médial de l'artère carotide interne. Dans certains ouvrages (Rouvière et Delmas, Harnsberger), il est décrit une cloison sagittale, séparant les deux espaces de façon distincte et provenant de l'aponévrose cervicale profonde (lames latérales de Charpy).

L'espace rétropharyngé se poursuit vers le bas par l'espace rétroviscéral puis par le médiastin postérieur.



RETROPHARYNGEAL SPACE
Espace rétropharyngé selon Harnsberger

Il n'existe pas de communication vers le haut avec la base du crâne.

II Contenu:

Cette région contient surtout du tissu cellulo-graisseux et des nœuds lymphatiques rétropharyngés, notamment chez le jeune enfant (ganglions de Gillette).

Les vaisseaux sont constitués des ramifications de l'artère pharyngienne ascendante et de quelques veines se rendant au plexus veineux pharyngien (*Rouvière et Delmas*).

Les ganglions lymphatiques latéraux sont placés en avant des masses latérales de l'atlas.

Les ganglions rétropharyngiens médians, inconstants et de petit volume, siègent en des points variables sur la paroi postérieure du pharynx.

L'infection de ces relais ganglionnaires peut engendrer des troubles ventilatoires majeurs.

Il n'existe pas d'éléments nobles traversant cette région mais la proximité de l'axe carotidien sur son bord latéral justifie une prise en charge sérieuse devant toute suspicion d'abcès ou d'infection rétropharyngée en particulier chez le nourrisson.

G. ESPACE SOUS MAXILLAIRE:

Un mot pour cet espace même s'il ne fait pas parti de la classification puisque nous sommes amenés à en parler pour notre étude.

I Anatomie:

Sa forme est globalement triangulaire avec une paroi médiale, latéro supérieure et latéro inférieure.

Il est séparé de l'espace parotidien par la cloison inter mandibulo parotidienne laquelle est perforée des veines jugulaires externes et rétro-mandibulaires.

En dedans de cette cloison, la loge sous maxillaire est ouverte sur la région parapharyngée.

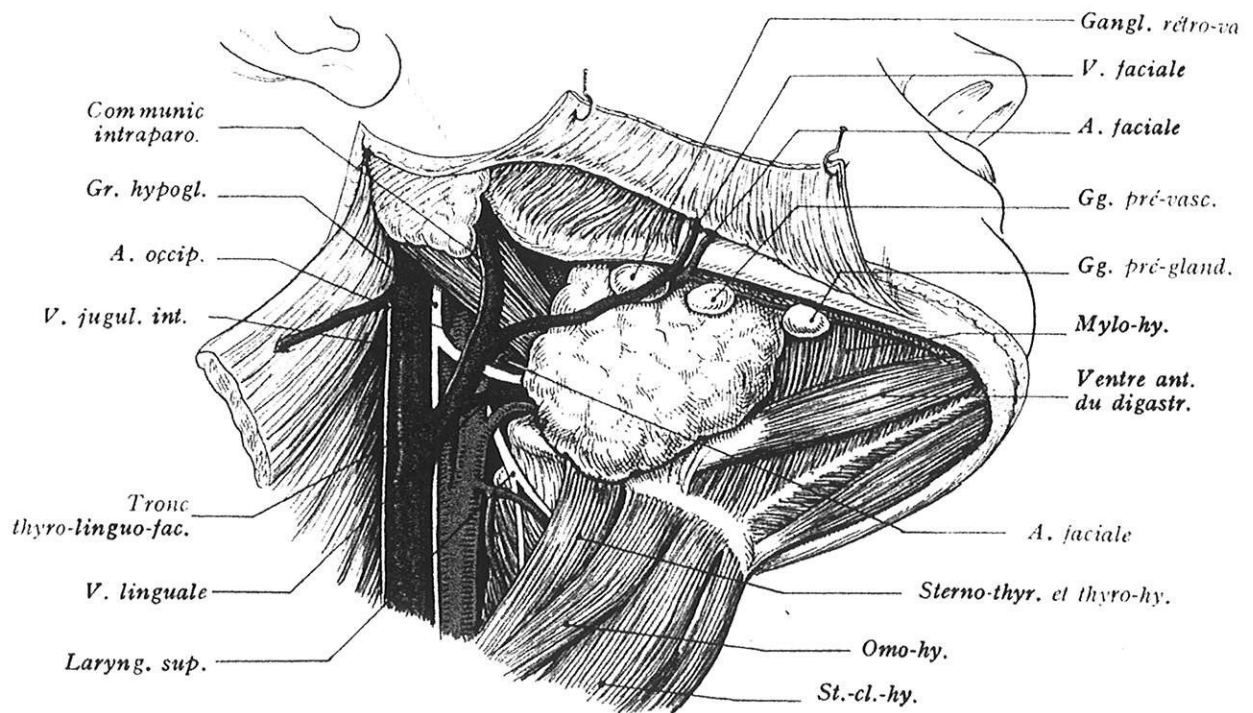
Sa partie inférieure est constituée par la partie inférieure du rideau stylien dont la constitution a été vue plus haut.

Une déhiscence située en dehors du muscle digastrique, fait communiquer à ce niveau la région sous maxillaire à la région sterno cleido mastoïdienne et à ce niveau chemine la veine faciale.

II Contenu :

La région sous maxillaire contient :

- La glande sous maxillaire
- L'artère et la veine faciale
- Le nerf lingual
- Les nœuds lymphatiques



Région sous maxillaire d'après Rouvière et Delmas.

II. DIAGNOSTICS RADIOLOGIQUES ET DIFFERENTIELS

Introduction :

Le développement de l'imagerie actuelle a permis depuis ces vingt dernières années une meilleure étude et compréhension de l'agencement des différents espaces profonds cervicaux, ainsi que du mécanisme de diffusion des lésions.

Le but du radiologue est d'identifier le siège exact du processus expansif afin d'établir un diagnostic étiologique et son risque d'expansion.

Devant un processus infectieux, tous les compartiments décrits en première partie doivent être étudiés attentivement.

Le mode de diffusion doit déterminer si la lésion est uni ou multi-compartimentale, en sachant qu'une atteinte multi-compartimentale signifie atteinte simultanée de plusieurs espaces séparés, ou si la diffusion est trans-spatiale, c'est à dire avec atteinte d'espaces contigus.

Le TDM doit également renseigner sur la nature inflammatoire d'une tuméfaction cervicale par rapport à un processus néoplasique.

A. Sémiologie lésionnelle :

Sept points déterminent l'analyse d'une formation expansive pour établir le diagnostic étiologique :

- ⇒ Situer l'espace où la lésion prend son origine
 - ⇒ En cas de masse latérale, la situer dans le compartiment pré ou rétrostylien.
En cas de masse rétrostylienne, la situer par rapport à l'axe vasculaire jugulo-carotidien.
 - ⇒ La masse est-elle uni ou multi-compartimentale.
Y a-t-il une diffusion trans-spatiale ? (NB), une atteinte médiastinale ?
 - ⇒ Situer la masse en hauteur et étudier ses limites avec la base du crâne
 - ⇒ Apprécier sa nature : signal, densité, rehaussement, calcifications, composante riche en hémosidérine ou en méthémoglobine, hypervascularisation. Y a-t-il une hypodensité centrale témoignant d'une collection à drainer ?
 - ⇒ Apprécier ses limites avec la graisse périphérique ; y a-t-il un épaississement sous cutané, une infiltration des tissus sous aponévrotiques, un épaississement des plans musculaires de contiguïté avec une perte des contours fins et un rehaussement ?...
 - ⇒ Evaluer l'axe vasculaire homo et controlatéral : perméabilité, rapport de la masse : vaisseaux déplacés ou entourés par la masse ou masse issue de la paroi vasculaire, calcifications vasculaires, variantes du drainage veineux.
Y a-t-il une thrombose jugulaire ?...motivant une artériographie...

NB : Les lésions à diffusion trans-spatiales concernent d'avantage les neurofibromatoses, les méningiomes, les lymphangiomes et les processus infectieux. Attention à certaines tumeurs qui peuvent infiltrer la graisse périphérique mais celle située à distance reste saine.

B. Espace sous muqueux:

Une lésion est à point de départ sous muqueux lorsqu' :

- Elle se développe dans l'espace para pharyngé de dedans en dehors.
- Elle présente une position médiane par rapport à la graisse para pharyngée.
- Il existe une interruption de la barrière et de l'architecture de la muqueuse et sous muqueuse pharyngée.

Les erreurs les plus fréquentes sont de confondre une tumeur avec une asymétrie de la muqueuse, surtout au niveau du récessus pharyngé latéral (fossette de Rosen Müller).

Des débris ou un processus inflammatoire du tissu lymphoïde peuvent induire en erreur le radiologue.

La solution est d'observer en premier les espaces adjacents et notamment la région rétro pharyngée.

Si les tissus mous apparaissent sains alors une lésion est peu probable et il s'agit très certainement d'une hypertrophie lymphoïde. Parallèlement l'examen ORL et endobuccal seront indispensables pour visualiser l'intégrité de la muqueuse.

Il est possible aussi de faire pratiquer au patient la manœuvre de Valsalva pendant le TDM.

L'IRM permet une détection plus précoce des tumeurs.

S'il n'existe aucune perte de substance des tissus mous et si les muscles tenseurs et élévateurs du voile du palais sont en place alors la probabilité de l'existence d'un processus expansif est quasiment nulle.

L'échographie combinée par voie externe et endobuccale peut être une alternative pour différencier dans la pathologie infectieuse une cellulite d'un abcès.

✓ Lésions :

1. Maladies inflammatoires

- Hypertrophie des végétations responsable d'une obstruction nasale permanente avec ronflement nocturne et ventilation sifflante, puis secondairement d'un dysfonctionnement tubaire et OMA au final.

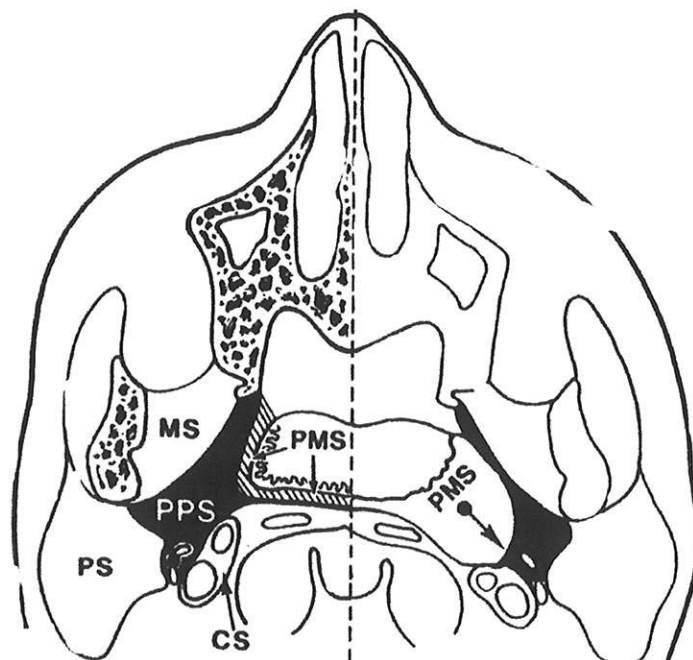
L'hypertrophie n'est pas une maladie en elle-même mais elle marque l'activité immunologique.

A l'imagerie, on observe un espace occupé dans sa presque totalité par du tissu adénoïdien sans rupture de l'aponévrose cervicale.

- Amygdalite aiguë ou chronique

Le TDM recherchera un abcès péri amygdalien avec possible extension vers les autres espaces cervicaux.

Dans la plupart des cas, l'abcès est contenu par le muscle constricteur du pharynx dans l'espace sous muqueux mais il est possible de voir au TDM une rupture de l'abcès dans l'espace adjacent (espace para pharyngé).



L'infection pharyngée est la source la plus fréquente d'abcès de l'espace para pharyngés.

- Mucocèle : se traduit par une masse superficielle de l'espace sous muqueux le plus souvent asymptomatique, mais elle peut obstruer le récessus pharyngé latéral, d'où une mauvaise aération tubaire et de la caisse moyenne.

Au TDM, elle se présente comme un kyste bien délimité, de forme ovalaire, de petite taille (un à deux cm) en générale, et se projette en regard de l'axis et le long de la trompe d'Eustache.

- Calcifications post inflammation : découverte fortuite par TDM ; elles sont souvent multiples, surtout au niveau des amygdales palatines on en voit aussi au niveau des amygdales linguales et des végétations.
Un antécédent d'infection pharyngée sévère est toujours retrouvé à l'interrogatoire.

2. Tumeurs bénignes :

Il s'agit de tumeurs mixtes de petite taille, sous muqueuses, d'aspect bourgeonnant, apparaissant pédiculées et développées dans les voies aériennes supérieures de l'oro ou du rhinopharynx.

Elle sont mieux définies par l'IRM, bien circonscrites, et homogènes. Les séquences en T1 et T2 sont suffisantes pour délimiter la tumeur et il n'y a pas de prise de contraste dans la plupart des cas.

Lorsqu'elle est large et pédiculée, la tumeur est aussi visible au TDM. Elles proviennent des glandes salivaires accessoires de la muqueuse pharyngée.

3. Tumeurs malignes :

- Carcinome épidermoïde : le plus souvent la lésion est déjà connue, mais un patient peut se présenter avec une adénopathie cervicale sans lésion primitive mise en évidence, ce qui reste rare.

Le TDM montre un envahissement de l'espace para pharyngé de dedans en dehors avec une masse apparaissant médiale par rapport à la graisse.

Il n'y a pas de critères radiologiques de différenciations au TDM ou à l'IRM avec les autres tumeurs malignes.

- Lymphome malin non hodgkinien : si la lésion est uniquement cervicale, elle n'est pas distinguable du carcinome cliniquement.

L'IRM et le TDM offrent des images semblables à celles du carcinome, avec cependant de nettes adénopathies multiples, larges d'allure nécrotiques qui peuvent s'abcéder et suppurer dans les espaces cervicaux.

- Tumeurs malignes des glandes salivaires.

4. Lésions congénitales :

Kyste de Tornwaldt : lésion asymétrique, de découverte fortuite par IRM cérébrale (4% des cas) ou après une surinfection d'une masse nasopharyngée dans un contexte septique général.

Le kyste est médian, congénital, dérivés de la croissance de reliquats ganglionnaires présents chez 4% des personnes après autopsie.

Ils ne sont pas visibles au TDM, et ont un aspect variable à l'IRM allant d'un signal hypo à hyper intense en T1 en fonction de leur contenu.

C. Espace parapharyngé :

L'évaluation radiologique est fondée sur l'étude des interactions du tissu graisseux de l'espace para pharyngé avec les masses alentours.

Très peu de lésions sont à point de départ strictement parapharyngé, les seules connues sont :

- les lipomes,
- les pathologies des secondes fentes branchiales
- les adénomes pleomorphes des glandes salivaires accessoires.

- Les lymphangiomes kystiques

Il convient de bien observer la périphérie de la masse car le plus souvent elle est pédiculée et son origine est autre.

Par exemple, le lobe profond de la parotide vient parfois bomber dans l'espace adjacent et peut être source d'erreur fréquente.

Si du tissu graisseux est totalement individualisable comme enveloppant la lésion sur toute sa circonférence, alors il est possible de conclure que cette masse est d'origine parapharyngée propre.

Afin d'éviter toute erreur lors de la réalisation d'une imagerie, il est indispensable de visualiser l'espace parapharyngé dans sa totalité, en obtenant des coupes allant de la base du crâne à l'os hyoïde, et d'écartier tout diagnostic différentiel de pseudo masse que peut évoquer une asymétrie du plexus veineux ptérygoïdien.

Les critères radiologiques de cette pseudo masse sont au TDM, une hyperdensité visible le long du bord médial du muscle ptérygoïdien latéral.

L'IRM montre un signal hyper intense en image pondérée T1 au même niveau.

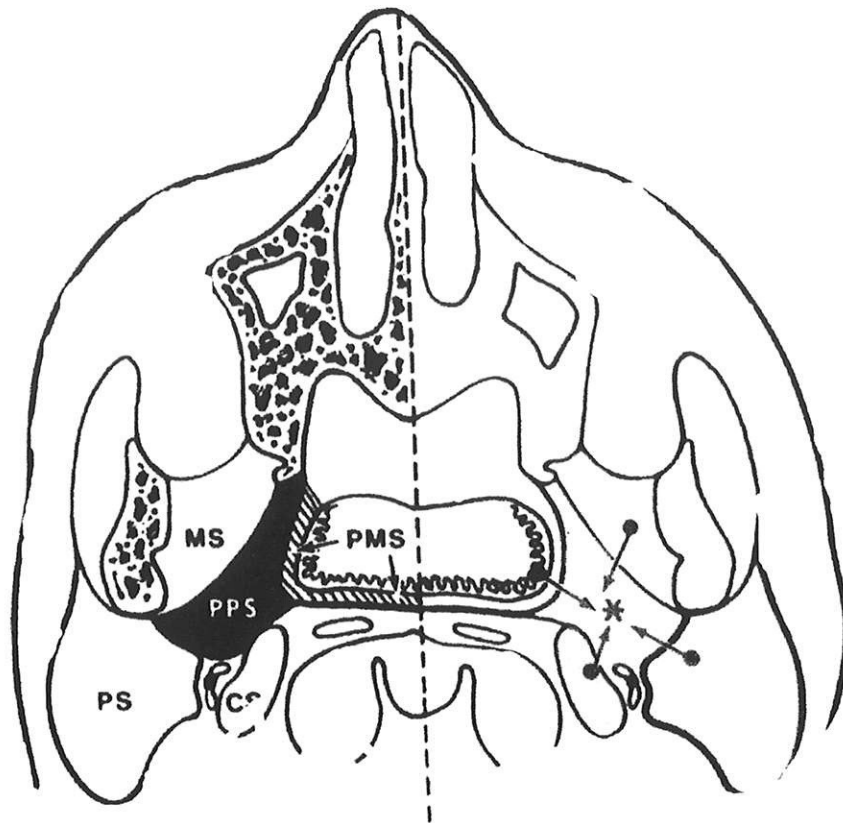
Cette variante anatomique ne doit pas être confondue avec une véritable tumeur vasculaire.

Toute lésion de l'espace parapharyngé entraîne :

⇒ Un déplacement latéral du muscle ptérygoïdien médial

⇒ Un déplacement antérieur de la graisse vers le processus ptérygoïdien

⇒ Un déplacement interne du muscle tenseur du voile du palais et de son fascia.



PARAPHARYNGEAL SPACE

Il n'existe aucune communication avec le foramen ovale, et un plan graisseux de séparation existe toujours entre la masse et la glande parotide.

Les signes radiologiques associés sont un déplacement médial du processus styloïde avec l'ouverture du tunnel stylo mandibulaire et un déplacement postérieur de la carotide interne et de la veine jugulaire.

Du fait de sa forte teneur en graisse, cet espace est facilement identifié à l'IRM par un hypersignal en séquence pondérée T1 et au TDM où il apparaît hypodense.

Les séquences IRM en saturation de graisse et injection de Gadolinium rehaussent considérablement cet espace.

✓ Lésions :

Toute masse de quelque nature que ce soit peut s'abcéder et être source de suppuration cervicale.

Il existe après exclusion des pseudo masses, quatre pathologies propres de l'espace para pharyngé :

- *Les lésions congénitales*
- *Les processus inflammatoires*
- *Les tumeurs bénignes*
- *Les tumeurs malignes*

1. Lésions congénitales :

Elles sont pour la plupart représentées par des lésions kystiques malformatives du second arc branchial (reliquat embryonnaire). Leur développement dans l'espace parapharyngé est rare et il existe des rapports étroits avec la partie moyenne de la fossette amygdalienne.

Le tableau clinique est souvent la découverte d'un bombement du mur pharyngé postéro- latéral ou d'une protrusion parotidienne unilatérale chez un enfant ou un adulte jeune, pouvant s'inflammer et augmenter rapidement de volume après un épisode infectieux des voies respiratoires.

Elle se projette d'avantage vers la base du crâne plutôt que vers l'angle mandibulaire.
Elle apparaît à l'imagerie totalement entourée de tissu cellulo-graisseux.

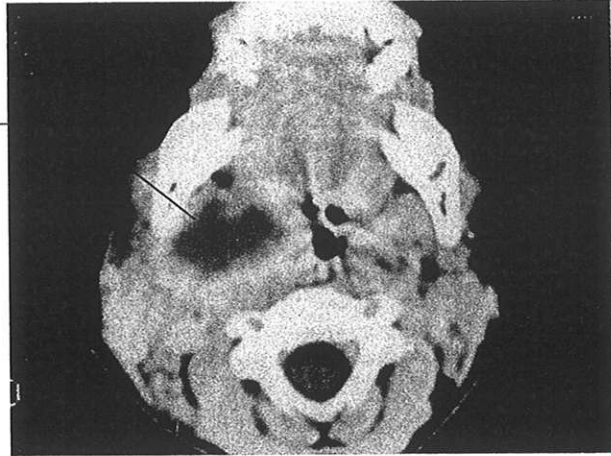
2. Processus inflammatoires :

L'abcès cervical est une des lésions les plus fréquentes. Sa symptomatologie dépend du site d'origine de l'infection.

Une infection dentaire ou des soins récents peuvent être source d'abcès sous maxillaire évolutif.

De même qu'une surinfection parotidienne sur lithiase.

Volumineux abcès
parapharyngé
droit avec
rehaussement
périphérique



En l'absence de tout antécédent traumatique, un processus infectieux évoluant dans la loge parapharyngée s'associe toujours à une première localisation constituant le point de départ de l'abcès.

C'est pourquoi tous les espaces anatomiques du cou doivent être étudié à l'imagerie, en redoublant de vigilance lorsque l'abcès est proche de la base du crâne car dans ce cas il convient de rechercher d'éventuels foyers d'ostéites.

Pour permettre un drainage approprié de l'abcès, la description radiologique doit être la plus précise possible.

L'examen radiologique de choix est le TDM car il permet non seulement d'apprécier les *limites du processus infectieux* mais également d'en *déterminer le point de départ*, une *éventuelle atteinte osseuse*, la présence de lithiases parotidiennes ou sous maxillaires, et surtout la voie d'abord chirurgicale à envisager.

L'IRM n'apporte aucun élément supplémentaire si ce n'est pour le diagnostic différentiel.

3. Tumeurs bénignes :

L'adénome pleomorphe n'a pas de présentation clinique spécifique.

Il constitue une masse pharyngée postéro latérale ayant la même apparence que l'adénome pleomorphe parotidien mais lié à une glande accessoire ou ectopique.

Il apparaît bien circonscrit, ovalaire et uniforme, enveloppé d'une couche grasseuse, prenant modérément le contraste au TDM.

Sur l'IRM, cette tumeur bénigne a un signal identique aux groupes musculaires qui l'entourent.

Faire un diagnostic précis en préopératoire est indispensable afin d'être certain de l'absence de relation avec le lobe profond de la parotide, et qu'il s'agit bien d'une glande ectopique.

La voie d'abord chirurgicale ne sera pas la même dans les deux cas.
L'adénome ectopique sera approché par voie orale ou sous mandibulaire tandis que l'adénome du lobe parotidien profond sera abordé par voie transparotidienne avec conservation du nerf facial.

En cas d'erreur diagnostic, ce dernier peut facilement être lésé si le lobe profond est abordé par la voie oral ou sous mandibulaire.

Le lipome constitue la deuxième pathologie bénigne de l'espace para pharyngé et son signal IRM ou sa densité TDM sont caractéristique

4. Tumeurs malignes :

En règle générale, elles ne sont pas à point de départ parapharyngé pur.

Son envahissement se fait par atteintes des parois des espaces adjacents et diffusion des cellules tumorales.

La tumeur maligne la plus fréquente est le carcinome épidermoïde développé aux dépens de la muqueuse pharyngée du cavum ou de l'oropharynx.

Cliniquement, la pathologie tumorale est souvent connue et le TDM permet de définir le degré d'extension et donc le stade de la tumeur.

La graisse de l'espace para pharyngé est déjetée en dehors et l'appartenance de la tumeur à l'espace sous muqueux est visible.

Plus rarement le carcinome est méconnu et se développe dans les cryptes amygdaliennes ou dans les reliquats de végétations non visibles macroscopiquement avec une extension latérale nette.

Deux autres tumeurs malignes peuvent se développer dans l'espace para pharyngé : il s'agit du lymphome malin non hodgkinien (LMNH) et des tumeurs des glandes salivaires accessoires.

Ces deux processus expansifs sont habituellement d'origine sous muqueuse comme pour le carcinome épidermoïde et envahissent l'espace de dedans en dehors.

Le diagnostic du LMNH est souvent possible de part ses autres localisations ganglionnaires. Il est extrêmement rare que son développement dans cet espace soit unique.

D. Espace masticateur :

Une masse issue de l'espace masticateur est située en avant de l'espace parapharyngé au sein des muscles, et envahit celui-ci d'avant en arrière, refoulant la graisse.

L'extension des tumeurs malignes vers la base du crâne se fait au niveau des branches de division du nerf trijumeau, par l'intermédiaire des nerfs masticateur et alvéolaire inférieur. Leur évolution se traduit par des paresthésies douloureuses homolatérales du menton et de la mâchoire.

L'IRM est à préférer par rapport au TDM en ce qui concerne tout processus expansif, d'origine non infectieuse.

Par contre le TDM sera plus performant pour rechercher une ostéite ou ostéomyélite de la base du crâne, et une éventuelle destruction de l'apophyse ptérygoïde, ou à visée étiologique d'un abcès d'origine lithiasique.

L'imagerie est indispensable lors de la prise en charge car tout envahissement de la base du crâne récuse formellement tout acte chirurgical.

Dans tous les cas, l'exploration de l'espace masticateur doit comprendre impérativement des coupes centrées sur l'orifice mentonnier, l'épine de spix d'où émerge le V3, le foramen ovale et le sinus caverneux.

Les coupes horizontales sont en règles suffisantes pour établir un diagnostic en sachant que les coupes les plus basses sont souvent artéfactées par les amalgames dentaires. Ceci peut alors nécessiter des coupes frontales afin de visualiser un processus expansif bas.

✓ Diagnostic différentiel :

Lorsqu'une masse est découverte dans la loge masticatrice, l'imagerie doit couvrir dans sa totalité le trajet du V3, ainsi que la zone supra zygomatique, et faire la différence avec une glande parotide ectopique, une hypertrophie du muscle masséter ou une atrophie du V3.

Il existe 21% de parotide ectopique ou asymétrique dans la population ; celles peuvent être facilement interprété comme des masses originaires de la loge masticatrice. L'imagerie permet d'évaluer la densité tissulaire de cette pseudo masse et de conclure à une parotide ectopique ou asymétrique si celle-ci se rehausse de façon identique.

L'hypertrophie du masséter est souvent secondaire au bruxisme (grinçage des dents au cours du sommeil) ; elle peut être uni ou bilatérale.

Il est courant d'observer une hypertrophie associée des muscles ptérygoïdiens et temporaux au TDM, avec un élargissement homogène des masses musculaires et une discrète marge latérale. Une infiltration de cette limite latérale, chez un patient présentant une hypertrophie unilatérale du masséter dans un contexte de bruxisme doit remettre le diagnostic d'hypertrophie musculaire bénigne en cause.

Dans le cas d'une atrophie du V3 soit par tumeur maligne compressive, soit après acte chirurgical du ganglion de Gasser, on observe une diminution du volume musculaire de la loge au profit d'une augmentation du tissu adipeux dans un délais de 6 semaines environ, et qui ne doit pas être confondu avec une tumeur évolutive.

✓ Lésions :

Du fait d'un espace étroit, peu de lésions sont d'origine masticatrice.

1. Abcès dentaire :

L'imagerie montre une loge hypertrophiée, avec des tissus inflammatoires et parfois une collection centrée sur la mandibule avec foyers d'ostéite.

Le TDM est l'examen de référence et permet de guider la décision thérapeutique.

2. tumeurs malignes :

- Sarcomes :

Le contenu de l'espace masticateur étant essentiellement musculaire, les principales tumeurs malignes sont les sarcomes (chondro ou ostéosarcomes).

L'imagerie peut montrer quelques calcifications au sein de la masse en faveur d'un chondrosarcome, mais le plus souvent, elle ne permet pas de le différencier d'une autre tumeur.

- Schwannomes

- Lymphome malin non hodgkiniens :

Cliniquement, le patient présente les mêmes symptômes que précédemment et la localisation cervicale être isolée ou s'intégrant dans une maladie systémique évoluée pour laquelle un bilan d'imagerie corps entier est nécessaire.

En dehors des multiples localisations, l'imagerie devant une masse cervicale unique, ne permet pas de différencier un *Lymphome* d'un autre processus tumoral.

- Carcinome épidermoïde :

Antécédents connus de carcinome oropharyngé.
Extension dans l'espace masticateur par la loge amygdalienne ou par évolution d'un carcinome du trigone rétro molaire.

E. Espace parotidien

La glande parotide apparaît légèrement hypodense au TDM et peu hétérogène par rapport aux structures musculaires.

Après injection de produit de contraste, le rehaussement est net mais hétérogène.

La première chose à déterminer, que ça soit au scanner ou à l'IRM, devant la présence d'une masse située dans la région parotidienne, est de savoir si la masse est intra ou extra parotidienne.

Ceci est bien évidemment très important pour l'acte chirurgical, faisant ainsi la différence entre une approche trans-parotidienne avec contrôle permanent du nerf facial ou une approche par voie orale ou sous mandibulaire, dans lesquelles aucune atteinte du nerf facial n'est connue et aucun contrôle nécessaire lors de l'acte chirurgical.

Des lésions des espaces adjacents font déplacer la glande parotide latéralement ; ainsi, des masses situées au niveau de cet espace ne sont pas toujours d'origine parotidienne, mais peuvent provenir de l'espace masticateur, para pharyngé, ou carotidien.

Les petites lésions ou développées au dépend du lobe profond sont difficilement identifiables comme une tumeur primitive de l'espace parotidien, mais peuvent être fortement suspectées lorsqu'elles s'entourent de tissu glandulaire dans sa totalité.

Les critères d'identification d'une lésion, comme appartenant à l'espace parotidien sont :

- ⇒ le centre de la masse doit être latéral par rapport à l'espace para pharyngé,
- ⇒ la graisse de l'espace para pharyngé doit être déplacée médialement,
- ⇒ la masse doit être à égale distance entre l'angle mandibulaire et le processus styloïde.

Dès qu'une lésion est identifiée comme appartenant à l'espace parotidien, il est très important d'avoir à l'esprit les différents diagnostics différentiels et de les passer en revue.

L'étude des limites de la masse permet de faire la différence entre un abcès bien collecté avec un rehaussement périphérique ou une masse inflammatoire à contours flous et infiltrants.

Ceci reste théorique et seul l'envahissement des structures adjacentes peut faire penser à une origine maligne de la tumeur.

Le nerf facial peut être localisé au scanner lors de l'extrapolation d'une ligne tracée entre le trou stylo-mastoïdien jusqu'à une zone de jonction latérale au niveau de la veine rétro-mandibulaire.

Lorsqu'une tumeur maligne parotidienne est suspectée cliniquement et radiologiquement, il est nécessaire de rechercher une extension péri-neuronale de la tumeur, soit d'allure antérograde, soit de manière rétrograde à l'imagerie.

Il convient également de déterminer si la lésion est unique ou multiple.

En cas de lésion unique, il est capital de différencier un processus infectieux de ces nombreux diagnostics différentiels :

ORIGINE CONGÉNITALE	<i>Pathologie du 1^{er} arc Hémangiome Lymphangiome</i>
TUMEUR BENIGNE	<i>adénome pléomorphe, cystadénolymphome, oncocytome, lipome ou schwannome du nerf facial.</i>
TUMEUR MALIGNE	<i>carcinome épidermoïde, adénocarcinome, lymphome malin non Hodgkinien carcinome à cellules acineuses, tumeur mixte maligne métastases</i>

Les lésions les plus superficielles de l'espace parotidien peuvent être accessibles à une ponction.

Si la cytopathologie révèle une tumeur mixte bénigne, une parotidectomie superficielle et en général réalisée et ne nécessite aucune imagerie en préopératoire.

Par contre, elle est nécessaire lorsqu'il existe un doute sur l'envahissement de plusieurs espaces cervicaux ou d'une atteinte du lobe profond parotidien.

Le scanner est préférable lorsque qu'une infection est suspectée, tandis que l'IRM offre une meilleure qualité d'image en cas de lésion tumorale.

Le scanner sera préféré en cas de pathologie lithiasique car il permet de mettre en évidence la taille et la localisation exacte du calcul, ainsi que la dilatation du canal parotidien.

En cas de suspicion d'abcès parotidien, le scanner avec injection de produit de contraste permet de différencier un abcès localisé d'une cellulite diffuse.

Les limites de l'imagerie sont liées à l'âge, puisque la glande parotidienne s'enveloppe de tissu graisseux au fur et à mesure du vieillissement.

Aussi, des diagnostics par excès de tumeur infiltrante maligne chez l'enfant peuvent être posés. Par conséquent, il convient d'utiliser des séquences IRM avec suppression de graisse afin de mieux visualiser la glande parotidienne chez les personnes âgées.

Une inflammation chronique parotidienne peut se poser en diagnostic différentiel d'une tumeur maligne du fait de ses limites imprécises.

A l'inverse, une obstruction du canal de Sténon d'origine tumorale peut se révéler par une infection parotidienne et porter le diagnostic par défaut.

✓ Lésions :

1. Congénitales

a- Fistule du 1^{er} arc :

Le scanner est préféré car il permet de visualiser le cul de sac de la fistule et ses rapports avec le conduit auditif externe et le l'os temporal.

b- Hémangiome :

Apparition d'une tuméfaction parotidienne au cours de la 1^{ere} année de vie qui apparaît souple et dépressible.

L'aspect est quasiment toujours bleuté et visible, surtout lors du cri.

Le scanner est caractéristique avec une parotide très rehaussée par le produit de contraste, de façon uniforme.

Il s'agit d'une lésion qui enveloppe entièrement la glande parotide avec passage du nerf facial au travers de celle-ci.

2. Maladie inflammatoire et infection parotidienne :

a- Abcès parotidien :

Le scanner permet de mettre en évidence une éventuelle dilatation du canal parotidien avec présence de lithiases.

La glande est rehaussée par le produit de contraste avec aspect inflammatoire péri parotidien.

b- Syndrome de Sjogren

c- Tumeur lympho-épithéliale bénigne :

Elle se voit surtout chez les patients porteurs du syndrome d'immunodéficience acquise de maladie déclarée ou simplement séropositif.

On note une tuméfaction parotidienne bilatérale avec adénopathie cervicale, bilatérale également.

L'imagerie retrouve des lésions intra glandulaires à la fois kystiques et nodulaires intra parotidiennes, ainsi que des adénopathies cervicales bilatérales.

3. Tumeurs bénignes :

a- Adénome pléomorphe :

Patients âgés d'une cinquantaine d'années présentant une masse parotidienne de croissance relativement lente. Il s'agit de la plus fréquente des tumeurs bénignes (80 %).

L'imagerie met en évidence une lésion en générale bien limitée localisée au lobe superficiel le plus souvent.

Il peut exister des calcifications et des zones de prise de contraste variable selon les patients.

b- Cystadénolymphome :

80 % de sexe masculin, en générale âgés de plus de 50 ans présentant également une masse de croissance lente intra parotidienne et unilatérale.

C'est la seconde tumeur bénigne la plus fréquente après l'adénome pléomorphe.

c- Oncocytome :

Pathologie exclusivement observée chez les adultes de plus de 50 ans pour laquelle l'imagerie ne permet pas de différencier avec une tumeur mixte (cystadénolymphome)

4. Tumeurs malignes :

Elles semblent beaucoup plus fréquentes sur les glandes salivaires (70 % des cas), tandis qu'elles ne représentent que 20 % des masses parotidiennes.

a- Le carcinome épidermoïde :

Tumeur maligne la plus fréquente observée chez l'enfant, révélée par l'apparition d'une paralysie faciale périphérique progressive.

b- Cylindrome :

Cliniquement, il faut y penser lorsqu'il existe une paralysie à la fois du sept et une neuropathie du cinq droit.

A l'imagerie, on note fréquemment un envahissement péri neuronal du nerf facial au niveau du trou stylo mastoïdien.

c- Carcinome à cellules acineuses :

Pathologie développée au dépend de la partie distale des canaux parotidiens. Elle représente 2 à 4 % des tumeurs malignes des glandes salivaires et l'imagerie n'est pas spécifique.

d- Métastases de tumeur maligne :

La glande parotide renferme de nombreux nodules lymphatiques intra capsulaires et représente ainsi un relais ganglionnaire tumoral.

Le carcinome épidermoïde et le mélanome malin primitif sont pourvoyeurs de métastases intra parotidiennes, surtout si le mélanome malin est localisé au niveau du conduit auditif externe ou de l'hémiface.

On peut également observer des métastases parotidiennes de lymphome malin non Hodgkinien, mais dans ce cas, le diagnostic est facilement porté du fait de la localisation également extra parotidienne de la maladie.

F . Espace carotidien

Le centre de la tuméfaction est situé au sein de l'espace rétro-stylien entre carotide interne et veine jugulaire interne et déplace la graisse de l'espace para pharyngé d'arrière en avant.

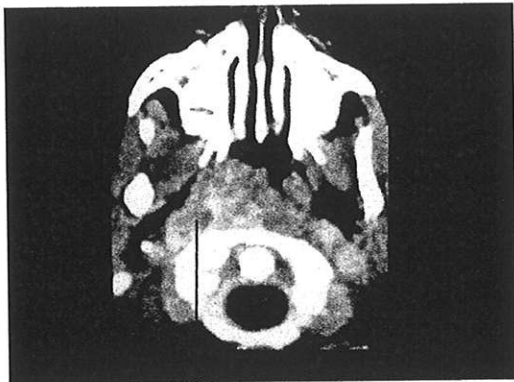
A l'étage nasopharyngé, le déplacement de la graisse para pharyngée est accompagné d'un déplacement du processus styloïde antérolatéral.

Lorsque la masse est développée dans la partie postérieure de l'espace rétrostylien (schwanome du X, neurofibrome ou paragangliome), la carotide interne semble repoussée vers l'avant.

Des lésions d'allure vasculaires auront la même densité que celles des vaisseaux nobles et se rehausseront fortement avec le produit de contraste au TDM.

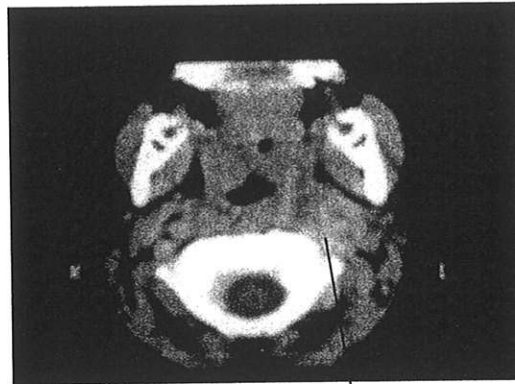
En cas de lésions d'allure inflammatoires, l'imagerie permet d'apprécier :

- ⇒ Le degré de refoulement des vaisseaux,
- ⇒ L'extension à l'espace rétropharyngé et dans un plan sagittal
- ⇒ L'apparition de complications septiques et vasculaires (médiastinite, thrombose de la veine jugulaire, pseudo anévrysme carotidien pouvant évoquer une érosion septique de la paroi carotidienne avec risque de rupture imminente).



1

Hypodensité
rétrostylienne
droite



2

Infiltration loge
carotidienne
gauche

✓ Diagnostic différentiel :

a. Pseudo masses :

- Anévrysme de la Carotide interne
- Asymétrie de la veine jugulaire interne

b. Lésions vasculaires :

- Thrombophlébite jugulaire : masse tubulaire bien délimitée sans prise de contraste des tissus mous périphériques au TDM et hypersignal en T1 à l'IRM.

- Thrombose carotidienne : lacune carotidienne au TDM et perte de flux sanguin à l'IRM, donnant en fonction du degré d'occlusion des réponses mixtes sur les séquences pondérées en T1

c. Tumeurs bénignes :

- *Paragangliomes* : Tumeurs dérivées des crêtes neurales d'évolution progressive avec compression de l'axe vasculaire et de nerfs mixtes.

Tumeur hyperdense au TDM avec une forte prise de contraste. L'IRM la met en évidence lorsqu'elle mesure plus de deux cm.

- *Schwanomes* : L'axe vasculaire est déplacé vers l'avant et l'aspect IRM est d'allure fusiforme très homogène sur les séquences T1.
- *Neurofibromes* : Imagerie identique aux Schwanomes.
- *Méningiomes*

d. Tumeurs malignes

- Métastases de carcinomes épidermoïdes : masses arrondies unique ou multiple, étagées de l'oropharynx à la région sus claviculaire avec aspect inhomogène et une prise de contraste irrégulière après Gadolinium à l'IRM.
- Lymphome malin non hodgkinien.

G. Espace rétropharyngé :

Une masse est rétropharyngée lorsque :

- ⇒ Le centre de la masse est médial par rapport à l'espace carotidien et postéro médial par rapport à l'espace parapharyngé.
- ⇒ L'espace parapharyngé est déplacé vers l'avant
- ⇒ La masse est antérieure au plan musculaire prévertébral.
- ⇒ Le processus styloïde n'est pas déplacé sauf en cas de masse très volumineuse.

L'origine primitive est rétropharyngée lorsque :

- ⇒ La masse est postéro médiane et inclinée en arc sur l'espace prévertébral
- ⇒ L'intégrité des muscles prévertébraux est intacte.

L'abcès rétropharyngé est suspecté sur de simples clichés radiologiques cervicaux de face et surtout de profil par augmentation de l'espace rétroviscéral.

Celui-ci doit théoriquement être inférieur au diamètre du corps vertébral adjacent.

Dans le cadre de suppurations rétropharyngées, il peut parfois atteindre le double et contenir des images aériques au sein des tissus mous.

Wholey (20) en 1958 a déterminé des critères radiologiques :

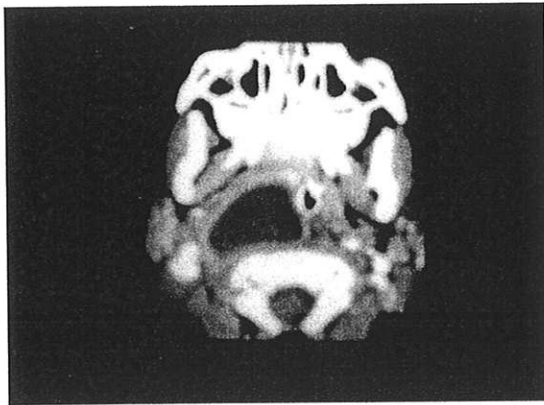
- ⇒ Le diamètre de l'espace rétropharyngé est de 4 à 7 mm chez l'enfant et l'adulte.
- ⇒ L'écart au niveau de C6 ne doit pas être > à 22 mm chez l'adulte et 14 mm chez l'enfant
- ⇒ Il existe une perte de la lordose cervicale.

⇒ Il existe des images aériques dans les tissus mous ou un corps étranger est présent.

En pratique les radiographies simples ne sont plus réalisées.

Le TDM reste l'examen de choix et doit être fait le plus tôt possible dès la moindre suspicion.

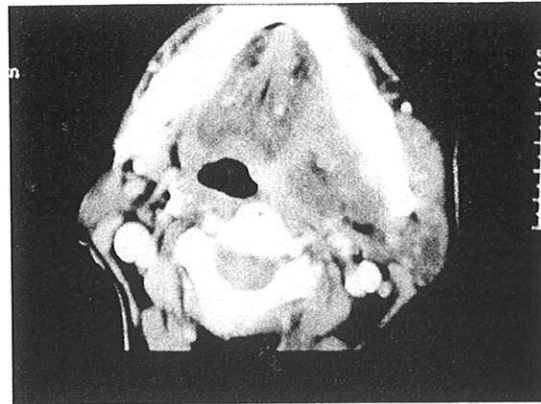
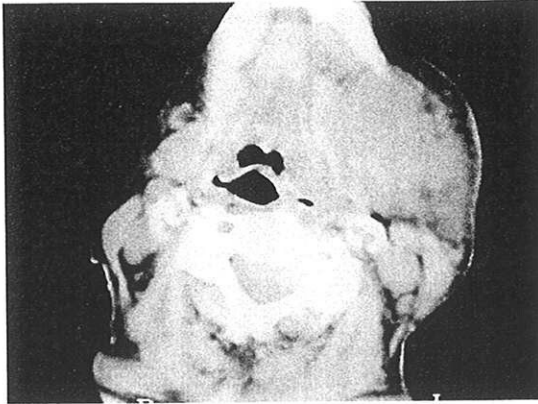
Il met en évidence une hypodensité centrale avec une coque périphérique hyperdense dans le cas d'abcès collecté.
Ou bien une infiltration diffuse des tissus mous avec refoulement de l'axe pharyngo oesophagien vers l'avant au stade de cellulite.



Il permet non seulement d'évaluer l'extension du processus infectieux mais aussi de rechercher une éventuelle atteinte vertébrale à l'origine de l'abcès (spondylodiscite) voire un corps étranger.

✓ Diagnostic différentiel:

- *Hémangio lymphome* : évolution trans-spatiale avec atteinte de plusieurs espaces
- *Lipome* : facilement reconnaissable au TDM : augmentation de l'espace rétropharyngé avec déplacement symétrique des structures adjacentes sans infiltration des tissus.



Abcès parapharyngé avec extension sous maxillaire gauche.

En cas de pathologie lithiasique, le canal de Wharton ne sera visualisé dans sa totalité que s'il existe une injection canalaire de contraste en simultané.

L'indication du TDM est surtout valable pour étudier la pathologie mandibulaire associée devant une tuméfaction jugale ou sous maxillaire ainsi que pour le plancher de la bouche.

La loge sous maxillaire peut être appréciée par échographie simple.

✓ Diagnostic différentiel:

- Hématome du plancher de la bouche :



- Améloblastome mandibulaire : tumeur odontogène, histologiquement bénigne, multirécidivante à potentiel malin local. Le TDM montre un aspect soufflé des corticales osseuses avec à un stade plus avancé une rupture et un envahissement des parties molles constituées de lacunes de densité hétérogène communiquant plus ou moins entre elles.
- Le kyste épidermoïde
- Les tumeurs glandulaires : les limites au TDM sont imprécises et le rehaussement incertain
- Hémolympangiome kystique
- Les adénopathies rétroglandulaires ou sous mentales

III Suppurations cervicales : symptomatologie classique :

Celle-ci est bien sûr très variable en fonction de la localisation de l'abcès et du point de départ en cause.

On trouve classiquement chez la plupart des patients présentant une suppuration cervicale, quel que soit la localisation un syndrome douloureux fébrile évoluant depuis plusieurs jours.

L'ensemble du tableau peut avoir été abâtardi par des antibiothérapies itératives non adaptées, mais il existe dans la plupart des cas un empatement cervical localisé ou diffus évident lorsque la localisation est sous maxillaire, cervical antérieur ou sous mental et visible à l'examen oropharyngé lorsque l'abcès est rétropharyngé ou périamygdalien.

✓ Abcès parapharyngé

Les processus infectieux sont les lésions les plus fréquentes de cet espace et leur symptomatologie dépend du site d'origine de l'infection.

L'anamnèse est marquée par un antécédent de pharyngite dans les jours précédents, voir une angine ou une amygdalite.

Il représente parfois le terme évolutif d'un phlegmon périamygdalien (abcès sous muqueux) mais peuvent aussi résulter d'une inoculation septique et directe, iatrogène ou accidentelle, voir blessure par un crayon ou un corps étranger.

Secondairement les signes cliniques au départ très bâtarde se latéralisent associés à la persistance d'un syndrome infectieux plus ou moins sévère selon les cas.

Une dysphagie avec odynophagie est notée, et parfois il existe un trismus avec otalgie réflexe.
Chez le nourrisson ou le vieillard, l'anorexie avec AEG est de mise.

En fonction de la taille et de l'évolutivité des symptômes, l'atteinte inflammatoire des muscles préstyliens et sterno-cléido-mastoïdiens

homolatéraux se traduira par l'apparition d'une flexion controlatérale antalgique de la nuque (syndrome de Grisel) qui se voit aussi dans les localisations rétropharyngées et rétrostyliennes.

L'examen clinique ORL met en évidence une protrusion de l'amygdale homolatérale avec un bombement du pilier antérieur, refoulant la luette en dedans pouvant chez le jeune enfant être source de dyspnée.

Deux signes cliniques le distinguent de l'abcès sous muqueux : le trismus reste modéré et la luette n'est pas inflammatoire.

Le pilier postérieur est intact dans les formes parapharyngées pures.

L'évolution spontanée se ferait vers l'ouverture dans le pharynx au dessus du pôle supérieur de l'amygdale avec extension possible aux espaces cellulaires de voisinage.

✓ **Abcès sous muqueux**

Ils correspondent aux phlegmons périamygdaliens, survenant sur terrain d'amygdalite chronique ou d'angine à répétition.

Ils restent un diagnostic différentiel de l'abcès parapharyngé.

Un décollement capsulaire inflammatoire et non encore collecté de la loge amygdalienne signe le stade de cellulite encore accessible au traitement médical simple.

Au stade abcédé, la suppuration reste contenue par le muscle constricteur supérieur du pharynx mais peut se rompre à tout moment dans l'espace adjacent (parapharyngé).

Aussi la symptomatologie est quasiment semblable à la précédente avec uneodynophagie très vive fébrile à 39° suivie d'une période transitoire d'amélioration puis de récurrence associée d'un trismus et d'une otalgie ; la voix est couverte et l'haleine fétide.

L'examen endobuccal montre un œdème diffus du voile du palais, de la luette qui lui donne un aspect translucide, avec parfois un bombement du pilier antérieur mais qui n'est pas constant.

En l'absence d'évacuation, l'abcès va se rompre spontanément à travers le pilier antérieur donnant issue à un pus nauséabond.

La variété postérieure est plus rare et s'observe surtout en cas de récurrence. Le pilier postérieur est rouge, tuméfié et refoule l'amygdale vers l'avant. Un œdème de l'aryténoïde est fréquemment retrouvé en nasofibroscopie.

✓ **Abcès sous maxillaire**

D'origine dentaire dans la plupart des cas, par foyer infectieux latent non traité ou après soins dentaires sans couverture antibiotique adéquate.

L'examen endobuccal est difficile du fait d'un trismus serré et constant.

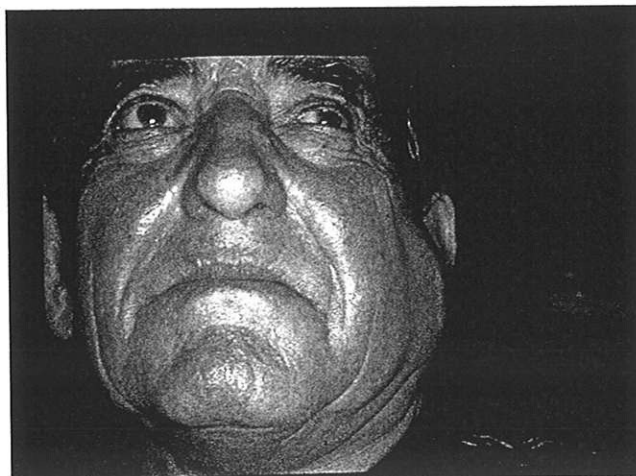
L'état buccodentaire est précaire, la douleur vive et la zone concernée inflammatoire avec une disparition du sillon gingival.

On peut noter un aspect fluctuant du plancher de bouche ou de la joue en cas d'abcès refroidi et d'évolution à bas bruit.

Parfois l'abcès est d'origine glandulaire.

L'examen de l'ostium canalaire de Wharton ainsi que son trajet par la palpation est alors indispensable à la recherche d'étiologie lithiasique.

Un panoramique dentaire est utile au diagnostic étiologique.



✓ **Abcès ptérygomaxillaire**

Quasiment tous sont d'origine dentaire, avec une prédominance des dents de sagesse et seconde molaire supérieures. L'anamnèse retrouve toujours un mauvais état bucco-dentaire, ou des soins récents de dent cariée ou fracturée.

L'examen clinique montre un patient algique nécessitant des analgésiques de type II voir III, subfébrile le plus souvent avec une tuméfaction jugale homolatérale à sa pathologie dentaire.

Celle-ci est douloureuse à la palpation et l'examen endobuccal est rendu difficile du fait d'un trismus serré.

Dans tous les cas le sillon gingival disparaît et l'ensemble est très inflammatoire.

Parfois l'origine est iatrogène par plaie gingivale ou jugale (objets contendants, aliments, tic de mordillement, ou prothèse dentaire mal adaptée).

✓ **Abcès parotidien**

Les patients présentent une tuméfaction unilatérale rétro mandibulaire, inflammatoire et sensible à la palpation, évoluant dans un contexte fébrile.

L'origine est le plus souvent lithiasique même si les lithiases parotidiennes ne représentent que 15% des lithiases salivaires.

L'examen endobuccal est bien sur indispensable à la recherche d'écoulement de pus par l'ostium du canal de sténon, de même que la palpation bidigitale afin d'apprécier le caractère rénitent de la masse et son éventuelle étendue.

L'abcès parotidien peut survenir dans le cadre de maladie inflammatoire chronique comme le syndrome de Sjögren ou dans les tumeurs lympho-épithéliales bénignes qui se voient surtout chez des patients immunodéprimés.

La deuxième étiologie est liée aux malformations branchiales et notamment de fistule du premier arc.
Les patients présentent des parotidites récidivantes ne répondant pas à l'antibiothérapie ni aux drainages ou du moins récidivent dès leur arrêt.
Une otorrhée chronique peut être associée par persistance d'une fistule au niveau du conduit auditif externe.

La troisième hypothèse est la nécrose septique de métastases parotidiennes de tumeurs cutanées de la face, de mélanome malin à distance, ou autre.

Bien entendu la proximité des autres espaces et notamment du parapharyngé, rend le diagnostic parfois difficile.
Une simple parotidite peut masquer un véritable abcès parapharyngé d'où l'importance de l'inspection systématique de l'oropharynx.

✓ **Abcès rétrostylien**

Le plus redoutable de tous de part son contact direct avec l'axe vasculaire jugulo-carotidien.

Les symptômes apparaissent classiquement au décours d'une angine banale décapitée par une couverture antibiotique conduite à l'aveugle, avec apparition d'un empâtement cervical fébrile, douloureux, unilatéral, et responsable d'un torticolis avec inclinaison antalgique du côté opposé.

L'inspection montre un comblement rétro mandibulaire inflammatoire avec une altération de l'état général surtout chez l'enfant et le vieillard.

Il n'y a pas de trismus, mais le bombement du pilier postérieur est net avec en cas d'extension à l'espace rétropharyngé un bombement de la paroi pharyngée postérieure et une dysphagie totale.

L'examen clinique doit impérativement rechercher un syndrome de Claude Bernard Horner homolatéral, révélateur d'une atteinte du sympathique cervical et d'un possible risque de rupture carotidienne.

✓ Abscess rétropharyngé

Il s'observe préférentiellement chez le jeune enfant, de moins de cinq ans, du fait de la présence de relais ganglionnaires rétropharyngés et de végétations adénoïdes dans le cavum qui créent un état inflammatoire chronique vu la fréquence des rhinopharyngites à cet âge.

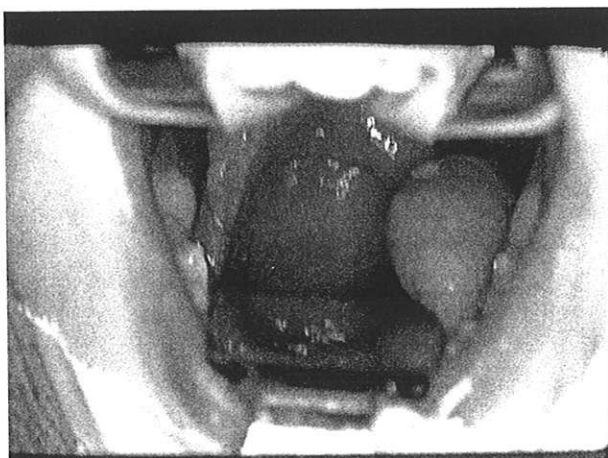
Ces relais ganglionnaires peuvent évoluer vers l'adénite inflammatoire puis suppurée au décours d'un banal coryza.

L'anamnèse devra rechercher un éventuel traumatisme oropharyngé récent alimentaire ou autre, et la date du dernier épisode infectieux.

Cliniquement l'enfant est fébrile, grognon, et refuse toute alimentation ; une détresse respiratoire, voire un stridor peuvent masquer le diagnostic (article stridor). Toute mobilisation cervicale ou tentative de décubitus dorsal est source de cris étouffés et de dyspnée.

La palpation cervicale objective des adénopathies douloureuses spinales bilatérales ou occipitales mais dont la présence n'est pas systématique.

L'oropharynx est inflammatoire et il existe une voussure nette de la paroi pharyngée postérieure, sous réserve d'avoir pu examiner correctement l'enfant.



Le tableau clinique peut évoquer une épiglottite surtout devant des signes respiratoires précoces.
Aussi il convient de faire l'examen clinique au bloc opératoire avec un matériel d'intubation à proximité.

Le diagnostic sera confirmé par un bilan radiologique cervical simple complété d'un TDM.

Un bilan général complet doit s'attacher à rechercher une spondylodiscite infectieuse à BK, source de fistulisation rétropharyngée.

1. Formes cliniques particulières

Le stade de cellulite cervicale précède celui d'abcès collecté pendant une période variable d'un sujet à l'autre en fonction de la localisation et des facteurs favorisants personnels ou induits.
Certaines peuvent évoluer vers l'abcédation mais ce n'est pas obligatoire.

Il existe deux formes cliniques redoutables de cellulites :

⇒ Les formes *gangréneuses*, avec une myonécrose massive responsable d'une crépitation sous cutanée. Elles sont rapidement extensives et comportent un taux de mortalité élevé.

⇒ Les formes *pseudo phlegmoneuses*, torpides, responsables d'une tuméfaction inflammatoire douloureuse sans crépitation et évoluant plus lentement mais à tout aussi haut risque de diffusion médiastinale (1).

D'autres formes cliniques ayant pris le nom de celui qui en a fait le diagnostic sont intéressantes à connaître :

⇒ *L'angine de Vincent* : elle est caractérisée par une ulcération unilatérale de l'amygdale palatine, avec une perte de substance et un

fond noirâtre saignant, et parfois un aspect pseudo phlegmoneux ou recouvert de fausses membranes (10).

⇒ *L'angine de Sénator* : elle correspond à un abcès parapharyngé succédant souvent à une infection de la dent de sagesse inférieure. Cliniquement, l'extension médiastinale est très rapide et le pronostic redoutable (38).

⇒ *L'angine de Ludwig* : il s'agit d'un phlegmon septique du plancher de la bouche, faisant suite à une infection dentaire. Dans un premier temps, un empâtement para alvéolaire interne apparaît, bordant la dent suspecte, puis la tuméfaction s'étend à tout le plancher de la bouche et à la région sous-maxillaire. D'abord molle, celle-ci devient dure, pierreuse et refoule la langue en arrière et la plaque contre le palais. Le trismus est serré et la muqueuse grisâtre. Parfois la peau en regard est phlycténulaire (4)

⇒ *Le phlegmon de Lemaître et Ruppe* : il débute dans la région sous maxillaire, puis franchit rapidement la ligne médiane. Cliniquement il existe une tuméfaction sous mylo-hyoïdienne qui n'est pas toujours dure à la palpation. Secondairement l'infection gagne les régions parapharyngée et cervicale antérieure puis sus claviculaire.

⇒ *Le phlegmon diffus de la face de Petit-Dutaillis* : le point de départ est molaire, plus rarement amygdalien. La diffusion se fait dans la région génienne puis gagne les loges masticatrice et parotidienne avant d'atteindre la région temporale. Un œdème d'une hémiface apparaît en quelques heures avec parfois des crépitations.

2. Complications :

La principale complication d'une cellulite ou d'un abcès cervical est la diffusion aux autres espaces cellulaires du cou puis du médiastin.

- Voies de diffusion

L'ensemencement médiastinal se ferait dans 71% des cas à travers l'espace rétroviscéral, dans 21% des cas par l'espace péri vasculaire et dans 8% des cas par l'espace pré trachéal (38).

De plus celui-ci apparaît d'autant plus facilement que les variations de pressions endothoraciques par rapport aux pressions endocervicales favorisent la progression de la cellulite par un phénomène d'aspiration.

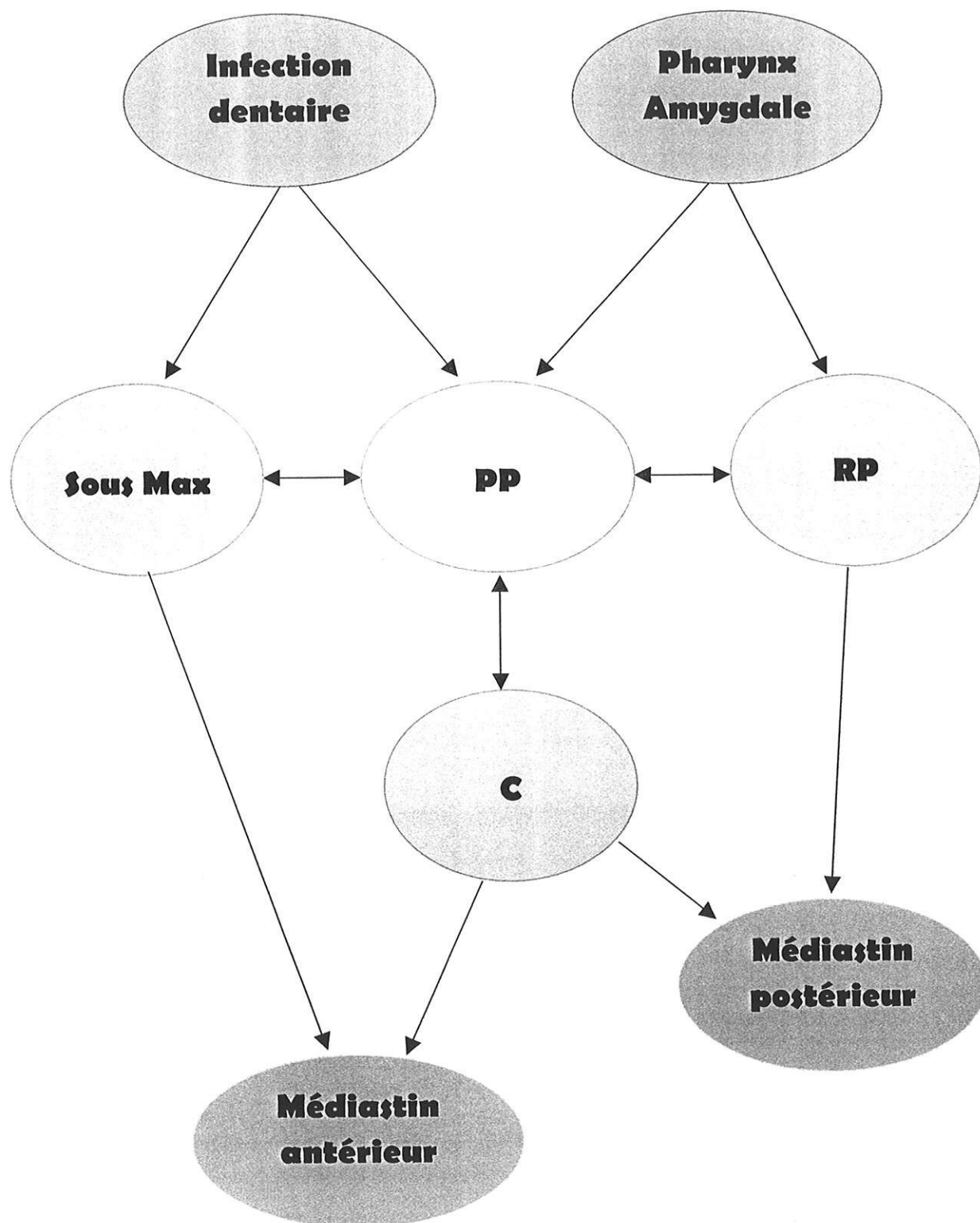
Il existe trois voies de propagation des infections ORL :

⇒ **La voie directe** : Par l'espace rétro viscéral mais aussi par voie cervicale antérieure comme pour les angines de *Ludwig*.
Le diagnostic n'est pas toujours évident en cas d'atteinte médiastinale et aucun signe clinique n'est spécifique : douleur rétrosternale, dysphagie, dyspnée, mais aussi hoquet, syndrome de Claude Bernard Horner et toux sèche...

⇒ **La voie aérienne** : L'inhalation est à l'origine des infections pleuro pulmonaires à germes anaérobies.

⇒ **La voie sanguine** : Par atteinte des gaines aponévrotiques des gros vaisseaux du cou. Le risque est la thrombophlébite de la veine jugulaire interne avec embolies vasculaires septiques.
Il a été décrit des pseudoanévrismes mycotiques sur abcès cervical.

Tableau de propagations des infections Oropharyngées :



L'extension des suppurations se fera dans l'espace rétro viscéral pour les abcès rétropharyngés et rétrostyliens préférentiellement, et en région cervicale antérieure pour les abcès parapharyngés et les sous maxillaires par absence de barrière anatomique ; mais encore une fois rien n'est catégorique puisqu'il peut exister des coulées infectieuses dans l'espace rétrostylien qui en suivant la gouttière carotidienne peuvent diffuser dans le médiastin antérieur.

Dans le cadre d'abcès massétérin, l'extension orbitaire et intracrânienne est possible après atteinte de la lame papyracée de l'ethmoïde secondaire à une étape intermédiaire de sinusite. Les dents en cause sont surtout les molaires supérieures et la deuxième prémolaire.

Le diagnostic n'est pas toujours évident en cas d'atteinte médiastinale et aucun signe clinique n'est spécifique : douleur rétrosternale, dysphagie, dyspnée, mais aussi hoquet, syndrome de Claude Bernard Horner et toux sèche...

- Types de complications :

- ✓ Locales :

- ☛ Hémorragie spontanée amygdalienne (7) : par érosion de la paroi vasculaire de l'artère polaire supérieure le plus souvent lors des abcès sous muqueux.

- ☛ Pseudo anévrisme mycotique : Reste rare sur la carotide interne (25), et dont le terme reste inapproprié puisque l'origine est plus souvent bactérienne que fongique. Certains cas de BK ou DE syphilis ont été rapportés mais depuis les antibiotiques, le taux a chuté.

- ☛ Rupture carotidienne interne : selon le même principe pour les abcès de la loge carotidienne. Souvent l'hémorragie est en deux temps (6). Les facteurs cliniques évocateurs de rupture carotidienne sont (7):

- Un saignement spontané sur abcès
- Un écoulement persistant malgré la résolution de l'abcès

- Un syndrome de Claude Bernard Horner homolatéral
- Une paralysie d'un nerf crânien (IX, X, XI, XII)

☛ Paralysie du sympathique cervical responsable d'un ptôsis homolatéral qui régresse dans la plupart des cas en quelques semaines après la guérison.

✓ A distance :

☛ Médiastinites antérieures ou postérieures par coulées infectieuses le long des gaines aponévrotiques.

☛ Septicémies.

☛ Thrombophlébite du sinus caverneux est liée à une diffusion de l'infection d'origine dentaire par l'intermédiaire du plexus veineux ptérygoïdien.

☛ Emboles septiques articulaires, cardiaques (endocardite d'Osler) ou rénales (nécrose tubulaire aigue) par lyse du thrombus veineux sous l'action enzymatique microbienne.

• Facteurs favorisants :

⇒ **Le terrain** : les enfants en bas âge et les personnes âgées sont plus prédisposés à faire des abcès, les premiers par prédisposition anatomique dans le cadre des abcès rétropharyngés, les seconds par altération du système de défense immunitaire.

Les tares telles que diabète, insuffisance hépatique, dysimmunité congénitales ou acquises, hémopathie maligne et néoplasies, obésité ou éthylisme chronique sont bien évidemment à rechercher car les formes cliniques sont souvent d'évolution chronique, à bas bruit de diagnostic et donc de prise en charge retardés.

Mais le facteur favorisant le plus fréquent reste le mauvais état bucco-dentaire puisque la plupart des abcès sous maxillaires ou massétéris surviennent chez des gens jeunes, en bonne santé, entre 30 et 40 ans avec une hygiène dentaire douteuse.

⇒ **Les prédispositions anatomiques** : il n'existe pas de plan musculaire ou de structure ligamentaires fermant les espaces qui communiquent les uns aux autres.

De plus, l'espace médiastinal que ce soit antérieur ou postérieur se constitue d'un tissu qui ne se rétracte pas et est par conséquent incapable de circonscrire une infection, et qui plus est reste pauvre en éléments lymphoïdes et phagocytaires.

⇒ **Médicaments** : L'antibiothérapie à l'aveugle sélectionne les germes résistants et virulents et une antibiothérapie inactive sur les anaérobies favorise les formes diffusantes.

Les AINS sont largement incriminés dans l'extension des fasciites nécrosantes et cellulites graves cervico-faciales. Plusieurs études ont permis de faire le lien de cause à effets et les signes cliniques apparaissent en moyenne 4 à 6 jours après la prise. Toutes les molécules sont incriminées en particulier le *diclofénac*. Par contre *l'acide niflumique* semblerait jouer un rôle protecteur.

Leur mécanisme d'action est de faciliter la multiplication microbienne, de limiter la diffusion tissulaire de l'antibiotique et de masquer les symptômes d'une infection pré existante.

Les Corticoïdes facilitent la diffusion des infections surtout en cas de posologie élevée ou de prescription longue par effet immunodépresseur. En effet, ils induisent une lymphopénie importante et abaissent le taux de synthèse des Ig circulantes. Le chimiotactisme et l'activité bactéricide du monocyte sanguin sont réduits. Dans la plupart des cas leur emploi doit être évité.

Les seules indications en pathologie infectieuse ORL, sont la phase aiguë des sinusites, l'angine mononucléosique et la laryngite aiguë (43)

IV Aspects bactériologiques

1. Physiopathologie

Les voies aériennes supérieures sont soumises du fait de leur communication avec le milieu extérieur à des agressions répétées par de nombreux agents infectieux, qu'ils soient viraux, bactériens, parasitaires ou fongiques.

La stimulation permanente de son système immunitaire explique qu'une flore polybactérienne très nombreuse puisse vivre en commensalisme au niveau de sa muqueuse sans conséquence pathologique.

De plus, certaines bactéries n'ont pas de capacité d'implantation sur les muqueuses par défaut de conditions métaboliques ou physiologiques adéquates.

Par contre, elles possèdent toutes un pouvoir pathogène propre pouvant se manifester lors de modifications immunitaires, ou à l'occasion d'une effraction de la barrière muqueuse de n'importe quelle origine.

L'infection va alors résulter d'un conflit mesurant la résistance de l'hôte à la virulence de l'agent pathogène et responsable ainsi de lésions tissulaires.

Elle peut donc être de nature endogène par modification locale favorisante et mettant en jeu la flore commensale, ou exogène par rencontre d'un hôte immunocompétent avec une bactérie virulente.

2. Flore oropharyngée

La flore oropharyngée colonise les muqueuses digestives à partir de la 6^{ème} heure de vie notamment au niveau de la cavité buccale où apparaissent des streptocoques aérobies.

Les germes anaérobies ne se développent qu'après éclosion des premières dents qui créent des conditions d'anaérobiose favorables à leur présence.

L'ensemble de cette flore est géré par les conditions locales d'acidité, de pression partielle en oxygène et d'équilibre entre les germes.

Au niveau oropharyngée, les variations quantitatives s'observent parallèlement aux variations de flux salivaires et aux mouvements de brassage lors de la déglutition.

La concentration bactérienne à ce niveau est maximale le matin puis diminue en fonction du respect des règles d'hygiène.

La présence de lésions dentaires, amygdaliennes ou sinusiennes augmente considérablement le pourcentage de bactéries anaérobies.

La classification de la flore oropharyngée où règnent près de 300 espèces différentes se fait selon leur comportement vis-à-vis de l'oxygène.

On distingue :

- *Les EOS* (extrêmement sensibles à l'oxygène, qui appartiennent au groupe des saprophytes au sens strict)
- *Les anaérobies stricts* (groupe des Peptostreptococcus)
- *Les anaérobies aéro-tolérants* (groupe des Streptocoques)
- *Les aéro-anaérobies*
- *Les aérobies stricts* (Nessleria)

FLORE OROPHARYNGEE

	AEROBIES STRICTS	AERO- ANAEROBIES	ANAEROBIES STRICTS
COCCI GRAM +	<i>Micrococcus mucilagenous</i>	<i>Streptocoques Staphylocoques Pneumocoques</i>	<i>Peptostreptococcus Peptococcus</i>
COCCI GRAM -	<i>Nesseria</i>	-	<i>Veillonella</i>
BACILLES GRAM +	-	<i>Lactobacillus Rothia- dentacariosa bactérionéma</i>	<i>Actinomyces Bifidobactérium Propionobactérium Eubactérium</i>
BACILLES GRAM -	-	<i>Haemophilus I H.para I Actinobacillus A.</i>	<i>Bactéroïdes Fusobactérium N. Leptotrichia Treponema M.</i>

Les principales colonies commensales des voies aérodigestives supérieures sont les streptocoques et les anaérobies.

Parmi les streptocoques il convient de séparer deux groupes :

- Les Béta-Hémolytiques
- Les Alpha-Hémolytiques

Les *Streptocoques Béta-H* du groupe A sont absents de la cavité buccale mais peuvent être saprophytes de l'oro ou du nasopharynx et responsables de la plupart des angines érythémateuses ou érythématopultacées.

Il existe environ 20% de porteurs sains dans la population. (*Thèse OHP*)

Les *Strepto. Béta-H.* du groupe B sont commensaux dans moins de 50 % de la population mais ont un pouvoir pathogène non négligeable.

Les *Strepto. C et G* ont un taux de portage < à 1% en dehors de toute exposition animale. Ils sont responsables d'infection aiguës variées dont les pharyngites et angines sur le plan ORL.

Les *Strepto. D* (Hémolytique ou non), sont commensaux de la flore bucco pharyngée. Leur virulence est faible mais ils ont un fort taux de résistance aux ATB.

Les Pneumocoques sont tolérés comme germes commensaux à l'état physiologique. Leur pathogénicité vient du fait de leur résistance à la phagocytose des polynucléaires grâce à la constitution de leur capsule.

Les strepto. Viridans sont commensaux et entrent dans la genèse de la carie dentaire.

Les bactéries anaérobies pathogènes pour l'homme quant à elles, peuvent survivre dans des conditions d'anaérobiose non absolues mais ne seront capables de se multiplier qu'en anaérobiose stricte.

Toute cette flore peut se trouver soit en suspension dans la salive soit adhérer à la muqueuse et aux tissus de la cavité buccale.

La proportion de germes dans la bouche est sensiblement identique à celle de la flore pharyngée où cependant on ajoute à la liste les Streptocoques groupables, les pneumocoques, les Haemophilus influenza et les staphylocoques dorés.

3. Pouvoir pathogène

La virulence d'une bactérie est sa capacité à provoquer une infection.

Pour se faire, plusieurs facteurs entrent en jeu que je ne développerai que très succinctement afin de simplement en comprendre le mécanisme et l'enchaînement des réactions dans leur ordre chronologique.

a. L'Adhésion

Elle se fait grâce à la présence de molécules de surface, les adhésines, afin de créer une effraction ultérieure de la barrière cutanéomuqueuse ; soit pour que la cellule elle-même puisse pénétrer chez son hôte soit pour permettre à d'autres bactéries de la faire.

b. L'Invasion

Elle se réalise soit par sécrétions de toxines pour certaines bactéries immédiatement après la phase d'adhésion soit par pénétration directe de la bactérie dans la cellule.

c. L'Acquisition des nutriments

Elle est réalisée aux dépens de la cellule hôte afin d'assurer la survie et la multiplication de la bactérie pathogène.

d. *La Sécrétions de toxines*

Elle permet de diffuser des effets nocifs et ainsi de créer des états septicémiques ou de choc.

Ex : toxine érythrogène du streptocoque A, dans la scarlatine.

e. *La Synthèse d'enzymes*

Elles modifient des processus biologiques et anti-infectieux.

Ex : Bêtalactamase du staphylocoque doré.

f. *La Multiplication bactérienne*

Elle est extracellulaire et responsable de la formation de pus par destruction des leucocytes, à l'origine d'infection septicémiques, de suppurations et d'abcès constitués.

Et intracellulaire au niveau des macrophages où les bactéries peuvent se détruire, proliférer ou restées quiescentes.

g. *Réaction d'hypersensibilité*

Elle existe chez la cellule hôte avec plusieurs types : immédiate ou retardée.

4. Moyens de défense :

a. *Moyens anatomiques*

Une muqueuse intacte est déjà le premier échelon dans la défense de l'organisme, de même le flux permanent de la salive associé aux mouvements de déglutition drainent les micro-organismes et gênent leur adhésion.

Toute sécheresse oropharyngée, favorise le développement bactérien.

b. Réaction inflammatoire

Lorsqu'un tissu est agressé par des agents infectieux, il se produit une stimulation des cellules réceptrices libérant des médiateurs chimiques (histamine, sérotonine, kinines) qui induisent une vasodilatation des capillaires.

L'augmentation du flux sanguin facilite non seulement l'extravasation de grandes quantités d'eau et de protéines sanguines, mais aussi un afflux massif de leucocytes.

Une réaction inflammatoire localisée permet de circonscrire l'infection en apportant les éléments cellulaires et humoraux nécessaires à la défense de l'hôte.

L'administration d' AINS ou d' AIS diminuent le degré de réponse et peuvent contribuer à l'aggravation du processus septique. Leur administration est formellement contre indiquée en cas d'infection cutanée ou sous cutanée que ce soit par voie locale ou générale. Ils ont un effet délétère sur la réaction inflammatoire en facilitant la multiplication microbienne et la diffusion de l'infection tandis qu'ils peuvent limiter la diffusion de certains antibiotiques au sein des tissus.

De plus l'intolérance digestive n'est pas négligeable surtout chez les personnes âgées qui présentent aussi le plus souvent souvent un second facteur de risque qu'est le diabète.

(39 et 40)

c. Immunité humorale et cellulaire

Représentées par les systèmes des Ig, du complément et des lymphocytes T cytotoxiques.

d. Phagocytose

Grâce aux polynucléaires neutrophiles et aux macrophages qui attirés par chimiotactisme vers la zone lésée, pénètrent dans la zone inflammatoire.

V. ATTITUDE THERAPEUTIQUE

Le schéma thérapeutique varie selon les écoles mais garde un fil directeur que constitue le traitement médical qui reste la base et le point de départ avant d'envisager un traitement chirurgical.

De plus, il s'agit souvent de patient ayant déjà bénéficiés d'antibiothérapie pour une infection oropharyngée ou rhinopharyngée.

Le tout reste de savoir quel traitement médical administrer.

1. Hospitalisation

En général obligatoire pour tout patient suspect d'abcès cervical profond afin de pouvoir assurer une réanimation et un traitement en intraveineuse, le surveiller et décider un traitement chirurgical dans des délais brefs.

2. Traitement médical

Celui-ci est assuré par une réhydratation correcte, surtout chez l'enfant et le vieillard, et une antibiothérapie adaptée aux germes prévisibles débutée en urgence.

En fonction de l'anamnèse et de l'état clinique du patient, celle-ci peut être simple, double, ou triple.

La voie d'administration est fonction du type d'antibiotique et du degré de dysphagie du patient.

Elle devra impérativement couvrir les anaérobies.

L'association Pénicilline/Métronidazole est la plus courante, ainsi que l'Amoxicilline/ac. clavulanique.

Chez l'enfant, le recours aux C3G est plus marqué.

Dans les triples antibiothérapies, un aminoside ou une fluoroquinolone est ajouté aux précédentes associations.

L'adaptation se fait après les résultats de l'antibiogramme si un prélèvement a été réalisé.

Certaines équipes prescrivent une corticothérapie à dose conséquente (2mg/kg) au stade inflammatoire sous étroite surveillance et en l'absence de facteurs favorisants surajoutés (Diabète, ID). Cette attitude est à double tranchant et reste condamnée par Pignat et d'autres auteurs pour qui le risque de diffusion torpide est trop risqué.

3. Traitement chirurgical

L'intervention chirurgicale diffère de la localisation de l'abcès. Un abcès rétropharyngé n'a pas la même indication chirurgicale qu'un abcès sous maxillaire ou para pharyngé.

Classiquement deux voies d'abord sont décrites :

- La voie transorale
- La voie cervicale externe

✓ voie transorale :

Elle est utilisée plus fréquemment que la voie externe. Elle est parfaitement adaptée aux abcès rétropharyngés, sous muqueux et dans certains cas d'abcès parapharyngés. En effet si la collection est médiale par rapport à l'axe vasculaire, limité uniquement à l'espace préstylien, et bombe dans l'oropharynx, alors la voie endobuccale est parfaitement envisageable.

Elle s'effectue sous anesthésie locale ou générale chez un patient installé en position de Rose, intubé comme pour une amygdalectomie. L'intubation sera préférentiellement orotrachéale plutôt que nasotrachéale pour ne pas gêner en cas d'abcès rétropharyngé.

Une ponction première est réalisée suivi d'un drainage efficace lorsque du pus est mis en évidence.

Celle-ci est particulièrement douloureuse lorsqu'elle est effectuée sous locale en consultation.

Parfois le drainage reste insuffisant du fait de mauvaises conditions d'installation du patient et de la présence d'un trismus qui gêne le geste et le rend dangereux.

Certains se contentent d'une simple ponction renouvelée si besoin dans les jours suivants.

Le drainage quant à lui est pratiqué par une incision verticale courte de la muqueuse pharyngée voire de la musculature pour les abcès parapharyngés, dont les berges sont ensuite doucement écartées par une pince de type Kelly, à bout mousse afin d'évacuer un flot de pus.

La ponction et l'incision latérale du pilier antérieur en cas d'abcès parapharyngé doivent être réalisées de manière très prudente car l'axe vasculaire peut être très proche et le risque de plaie de carotide n'est pas négligeable en particulier chez l'enfant.

Le massage de la nuque dans un même temps permet d'aider à la vidange de la collection.

Certaines équipes pratiquent une amygdalectomie à chaud uni ou bilatérale en cas de localisation sous muqueuse ou parapharyngée afin d'éviter une réintervention quelques semaines après.

L'état inflammatoire local rend la dissection difficile et le plan capsulaire est méconnaissable. De plus il existe en dehors du risque vasculaire, celui de diffusion de l'infection dans les espaces adjacents par essaimage septiques de tissus fragilisés (par translocation) et par embolies vasculaires.

D'autres équipes préfèrent réintervenir à distance une fois les phénomènes inflammatoires totalement disparus.

Le délai est de 4 à 6 semaines en règle générale mais il est vrai que de nombreux patients ne souhaitent pas subir à nouveau un geste chirurgical et ne reviennent pas en consultation... sauf pour une récurrence....

La voie endobuccale peut être utilisée dans les abcès sous maxillaire d'origine lithiasique afin d'évacuer un calcul enclavé dans le canal de Wharton, mais elle sera souvent associée à une voie externe exploratrice en cas de phénomènes inflammatoires trop intenses.

Il en est de même pour la loge masticatrice.

✓ Voie cervicale externe

Elle est obligatoire pour tous type d'abcès, en cas de complications associées et lorsque plusieurs loges sont atteintes.

Pour certains une détresse respiratoire associée nécessite une voie externe.

En dehors des deux points précédents, elle est indiscutable pour les collections des loges parotidiennes et carotidiennes.

La première afin de s'assurer de l'intégrité du nerf facial qu'un drainage par voie endobuccale à l'aveugle pourrait léser et la seconde afin de contrôler l'axe vasculaire et de s'assurer de l'absence de complications à type de thrombose jugulaire ou d'érosion septique carotidienne.

L'incision se fait en avant du bord antérieur du muscle strerno cleido mastoïdien.

En cas de cellulite, un liquide clair, souvent nauséabond, non collecté et fusant le long des aponévroses cervicales est noté (4). L'ensemble des tissus est d'allure inflammatoire.

En cas d'abcès collecté, le flot de pus lors de l'incision de la coque après contrôle des éléments nobles permet sa mise à plat, en même temps que l'introduction d'un doigt pour effondrer les logettes adjacentes qui pourraient exister ; puis des lavages abondants avec antiseptiques oxygénés ne doivent pas être négligés.

La plaie opératoire ne doit pas être suturée et un système de drainage par lames placées au cœur de l'abcès et fixées à la peau est installé, permettant de poursuivre les lavages pendant quelques jours et de contrôler l'apparition de complications vasculaires.

L'abcès sous maxillaire s'accompagnera d'une sous maxillectomie mais qu'il est préférable de réaliser à distance comme pour les abcès para amygdaliens.

✓ Soins dentaires

Ils sont indispensables et permettent l'ablation du foyer infectieux. Ils sont de préférence réalisés dans un même temps dans la mesure du possible ou dans les suites post opératoires immédiates.

✓ Endoscopie

Elle est utile pour la recherche et l'ablation de corps étranger lorsque l'étiologie traumatique est fortement suspectée ou déjà confirmée par TDM.

Ainsi que pour tout abcès cervical antérieur ou thyroïdien afin de mettre en évidence une malformation branchiale à l'origine de la suppuration.

(Trajet fistuleux au fond de du sinus piriforme)

4. Oxygénothérapie hyperbare

Elle utilisée dans le traitement des cellulites cervicales à anaérobies et d'après **Pignat**, son efficacité ne serait pas supérieure à une oxygénothérapie sous ventilation assistée.

Elle n'a pas de place dans le traitement des abcès constitués.

VI. ETUDE DE CAS

Introduction :

Les suppurations cervicales restent toujours un sujet d'actualité puisque malgré l'emploi d'antibiotiques depuis leur apparition il y a une cinquantaine d'années, il persiste un nombre de cas non négligeable dont la morbidité et la mortalité restent élevées.

Plusieurs études réalisées sur les dix dernières années mettent en évidence une recrudescence d'abcès cervicaux liés très vraisemblablement à l'émergence de souche bactérienne résistante notamment du streptocoque A de sensibilité diminué à la pénicilline chez l'enfant et de la négligence de certains signes cliniques alarmants, retardant ainsi une prise en charge adéquate.

Notre étude a pour but de déterminer les variations cliniques existantes en fonction de la localisation de l'abcès au sein des espaces profonds cervicaux, le nombre de complications rencontrées, l'existence de facteurs favorisants ainsi que la prise en charge adéquate, tant sur le plan médical que chirurgical.

A. Matériels et méthode :

- Il s'agit d'une étude rétrospective étendue sur trois ans de 1999 à 2002, regroupant vingt-huit patients tous hospitalisés et traités dans notre service, que ce soit chirurgicalement et/ou médicalement.
- Les critères d'inclusion comprenaient une suppuration d'un espace cervical diffusé plus ou moins aux espaces adjacents, suspectée par TDM cervical ou objectivée après émission de pus lors d'un traitement chirurgical.
- Il n'y a pas eu de distinction enfants/adultes sauf pour le calcul les moyennes d'âge réciproque.

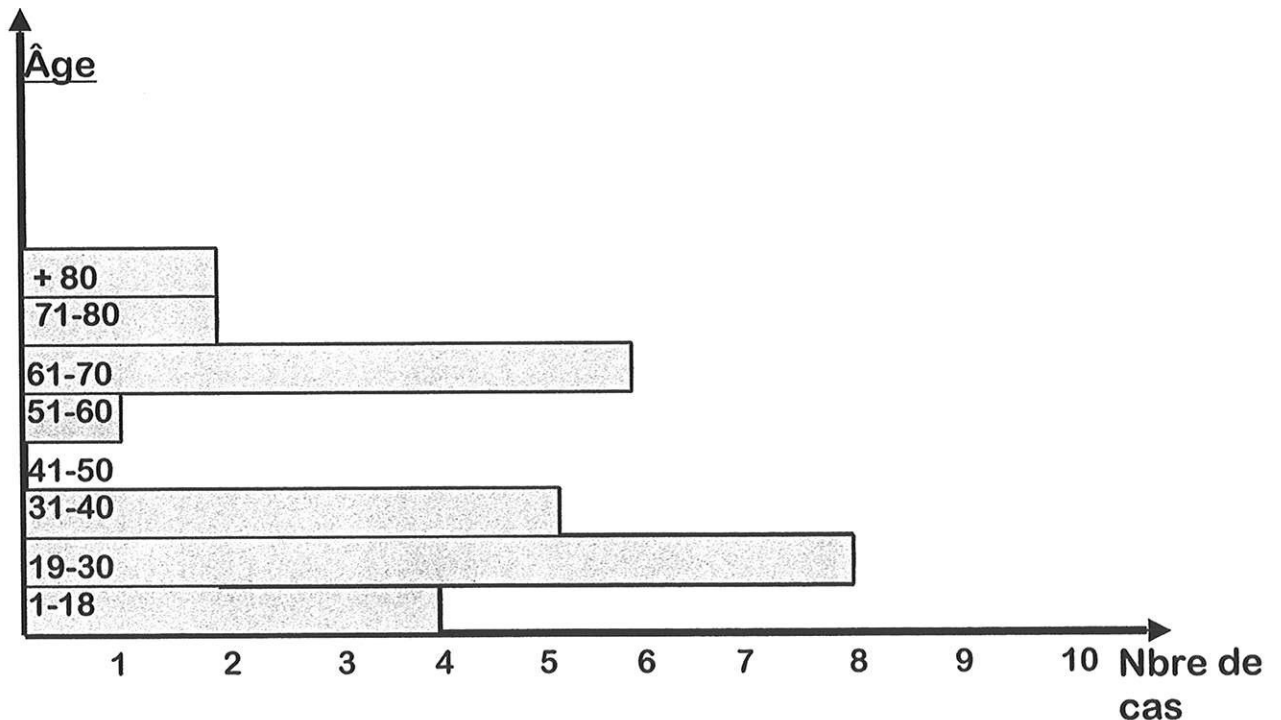
- Ont été exclus les patients présentant une tuméfaction cervicale non documentée par TDM ou par exploration chirurgicale et spontanément résolutifs sous traitement médical simple.
- Les paramètres étudiés comprenaient à la fois la topographie de l'abcès, son mode de survenue, ses critères cliniques et radiologiques associés ainsi que la conduite thérapeutique médicale et chirurgicale instaurée tant sur le plan du délais de début de traitement après l'apparition des symptômes, que du type et de leur durée.

B. Résultats

28 patients inclus, de 18 mois à 87 ans avec une moyenne d'âge de 41 ans dans sa globalité.

Le nombre d'enfants inclus est de 4, allant de 18 mois à 11ans avec une moyenne d'âge de 5 ans.

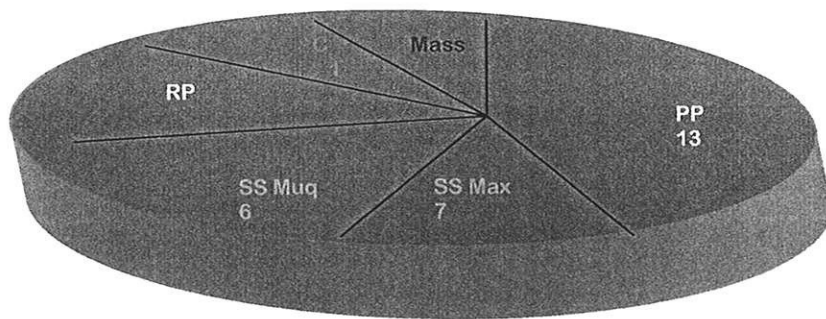
Le nombre d'adulte est donc de 24, avec une moyenne d'âge propre de 46 ans.



Ces 28 patients se divisent en 10 femmes et 18 hommes.

Le nombre d'abcès propre à chaque espace cervical est regroupé dans le tableau ci-dessous :

<i>Para pharyngé</i>	<i>Rétro pharyngé</i>	<i>Sous maxillaire</i>	<i>Massé téréin</i>	<i>Sous muqueux</i>	<i>Caro tidien</i>
13 1	3	7	3	6	1 10
9H/4F	1H/2F	5H/2F	3H	3H/3F	1F



Répartition des abcès en fonction de leur localisation

Parmi les 13 abcès parapharyngés, seuls 8 sont purement parapharyngés sans extension aux autres espaces adjacents.

Les 5 autres ont une localisation diffuse sur plusieurs loges mais il est difficile de déterminer quel en est l'espace d'origine et le point de départ de l'infection.

Par conséquent ces derniers ont été insérés dans chacune de leur localisation au TDM.

Le pourcentage de complications est de 14%, soit 4 cas dont 2 sévères :

- ⇒ Une *médiastinite antérieure* sur abcès sous maxillaire d'origine dentaire
- ⇒ Une *médiastinite postérieure* sur abcès rétropharyngé
- ⇒ Une *surinfection à Pyocyanique* sur orifice de Redon
- ⇒ Une *arthrite septique* de cheville 3 semaines après abcès rétrostylien

La présentation des patients ainsi que leur histoire clinique sont regroupées dans les tableaux suivants en fonction du type d'abcès. Pour chaque localisation, un ou deux cas sont présentés à part avec leur imagerie.

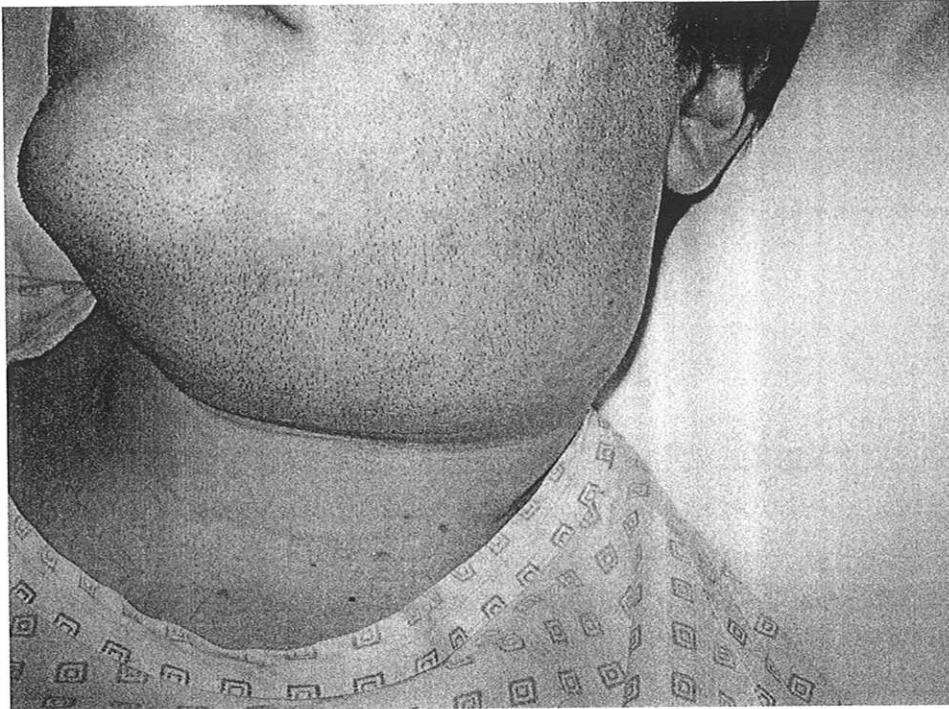
Abcès parapharyngés :

Cas n°1 : S. Jean Y., 19 ans, sans antécédents.

Apparition d'une tuméfaction cervicale gauche spinale et sous digastrique gauche évoluant depuis 8 jours sans syndrome infectieux associé et d'augmentation rapidement progressive.

La peau est non inflammatoire mais la palpation de la masse est douloureuse.

L'anamnèse évoque une pharyngite 10 jours auparavant négligée médicalement.



Le patient se plaint d'odynophagie et de gêne ventilatoire sans véritable dyspnée.

Il est apyrétique mais a pris du paracétamol.

L'examen clinique ne retrouve pas de trismus, ni de torticolis, et l'inspection du pharynx montre deux volumineuses amygdales caséeuses et cryptiques sans bombement ni protrusion pharyngée. Il n'y a pas d'œdème de la luette.

Sur le plan biologique, le syndrome inflammatoire est frustré avec 14000 GB et une CRP à 49.

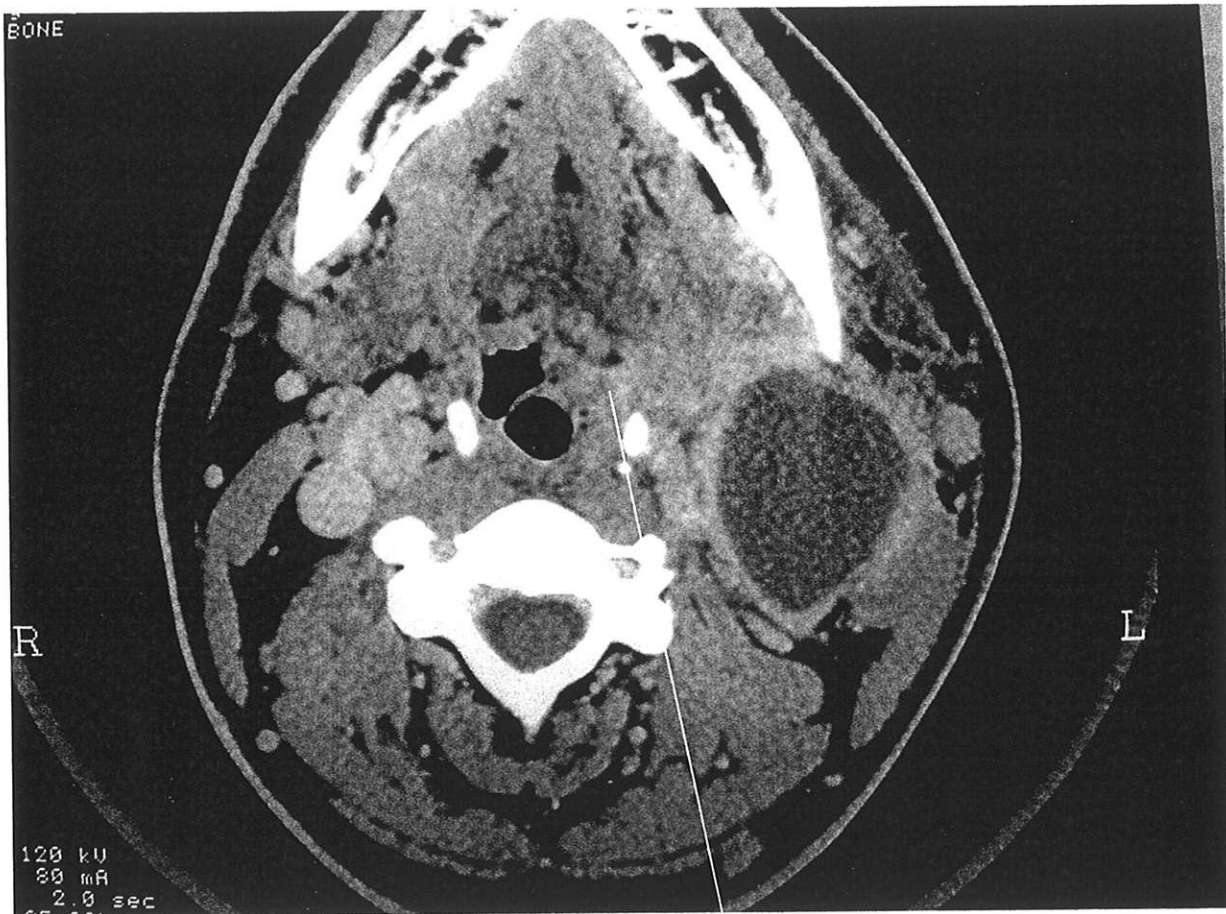
Un TDM cervical est réalisé le soir même soit à J8 du début des symptômes et met en évidence une formation hypodense fortement rehaussée en périphérie, de localisation parapharyngée gauche, et refoulant l'axe jugulo carotidien en dedans et en arrière.

Il n'y a pas de thrombose vasculaire associée.

On note un aspect infiltré des parties molles adjacentes.

L'axe aérien est refoulé vers la droite.

L'aspect est en faveur d'un abcès parapharyngé gauche avec probable adénite suppurée, (un doute sur une éventuelle surinfection de kyste amygdaloïde a été émis).



Infiltration et
refoulement de la graisse
parapharyngée
Images aériques
péripharyngées



Une ponction première de la masse est effectuée ramenant un liquide purulent épais dont l'examen bactériologique s'est révélé négatif. Un traitement médical par double antibiothérapie est débuté.

Devant l'absence d'amélioration clinique, une cervicotomie exploratrice avec drainage chirurgical et amygdalectomie bilatérale est réalisé à J15.

Une collection purulente abondante est évacuée et une lame est laissée en place.

L'ablation des amygdales est sans particularité en dehors d'un aspect plus inflammatoire à gauche

Des biopsies du cavum sont réalisées dans le même temps afin d'éliminer une origine tumorale.

Tous les résultats bactériologiques, mycologiques et anatomopathologiques ont été négatifs.

Les suites ont été simples avec une l'ablation de la lame à J3 et une durée totale d'hospitalisation de 12 jours.

Un TDM cervical de contrôle à J15 de l'intervention a montré la persistance d'une petite collection cervicale gauche de 2 cm de diamètre sans retentissement fonctionnel. L'axe vasculaire est libéré.



Une échographie cervicale 1 mois après est de résultat identique.

Il n'a pas été décidé de réintervention devant la stabilité de la lésion et l'absence de symptomatologie.

Cas N° 2 ; 3 ; 4 ; et 5 regroupés dans le tableau ci après.

Identité	A. Fama	C. Eugénie	H. Stéphane	P. Olivier
Sexe/âge	F/57	F/70	M/29	M/25
anamnèse	Otalgie droite Odynophagie Dysphonie Trismus AEG depuis 3 jours	Suspicion de parotidite gauche Odynophagie depuis 24h AEG	Odynophagie depuis 3 j Trismus	Angine depuis 2 j
SG	Fièvre à 38°C AEG anorexie	Fièvre à 40°C AEG anorexie	AEG anorexie	Fièvre à 39°C
FF	DNID	DNID AINS pdt 3J	Corticothérapie	-
Aspect clinique	Trismus ++ Bombement pharyngé droit Œdème luette	Mauvais état dentaire Bombement pharyngé gauche Œdème de la luette et paroi pharyngée postérieure (1)	Trismus ++ Protrusion et voussure du pilier antérieur droit	Trismus ++ Protrusion de l'amygdale G Œdème du voile et de la luette
biologie	GB 16300 CRP 226	GB 12000 CRP 194	GB 19500	
TDM préop	-	J2 cellulite parapharyngée gauche	-	-
TDM postop	Aspect infiltré parapharyngé droit sans collection	-	8 mois après résultat normal	-
Traitement médical	Débuté à J3 Augmentin 1gx3 IV	J1 Péni 4Mx3 Flagyl 500x3 IV	J3 Péni 2Mx3 Flagyl 500x3 IV	J2 Augmentin 1gx 3 Flagyl 500x3 IV
Traitement chirurgical	J4 Voie transorale Incision après ponction 1ère	-	J8 Voie transorale Amygdalectomie droite à chaud	J4 Voie mixte (4)
bactério	Polybactérienne Strepto A	-	Polybactérienne Strepto C	Polybactérienne Anaérobie et HI
suites	H 8j Simples	H 5j Simples	H 10j Troubles de déglutition (3)	

Cas N° 6 ; 7 ; et 8

identité	L. nans	N. Daniel	L. Isabelle
Sexe/age	M/5	M/25	F/30
anamnèse	Rhinopharyngite ADP cervicales il y a 1 mois traitées par double ATBth Dysphagie récente	Angine depuis 2 j ATCD de phlegmon périamygdalien gauche 5 mois avant	Angine traînante depuis 3 semaines ATBth multiple (Blactamines puis pristinamycine)
SG	Fièvre AEG Anorexie		
FF	-	Corticothérapie	-
Aspect clinique	Bombement pharyngé Amygdalite sur moignon droit	Trismus ++ Voussure du pilier antérieur gauche	Protrusion de l'amygdale G Empâtement sous maxillaire G
biologie	GB 16000 CRP 35	GB 17000 CRP 140	GB 11600 CRP 93
TDM préop	IRM à 2 mois : Hétérogénéité parapharyngée droite rehaussée par gadolinium en faveur d'une suppuration.	J6 Absès parapharyngé gauche sans refoulement axe vasculaire ni infiltration	-
TDM postop	-	-	-
Traitement médical	J10 Rocéphine Flagyl IV	J2 Péni 5Mx3 Flagyl 500x3 IV	J21 Augmentin1gx3 IV
Traitement chirurgical	2 mois Voie transorale : Exérèse du moignon amygdalien droit	J7 Voie transorale Ponction 1 ^{ère} Amygdalectomie bilatérale	-
Bactério	Cocci gram +	-	-
suites	H15j Reprise d'appétit Disparition du syndrome infectieux	H14j Simples	

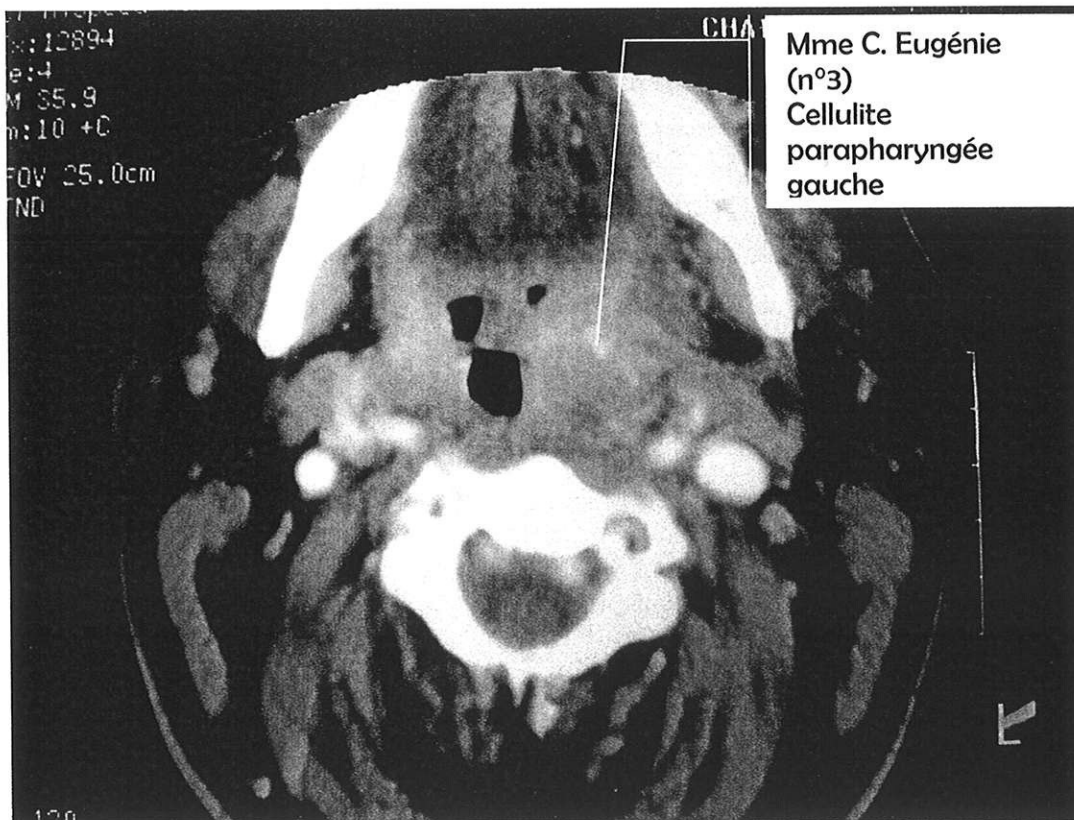
Légendes :

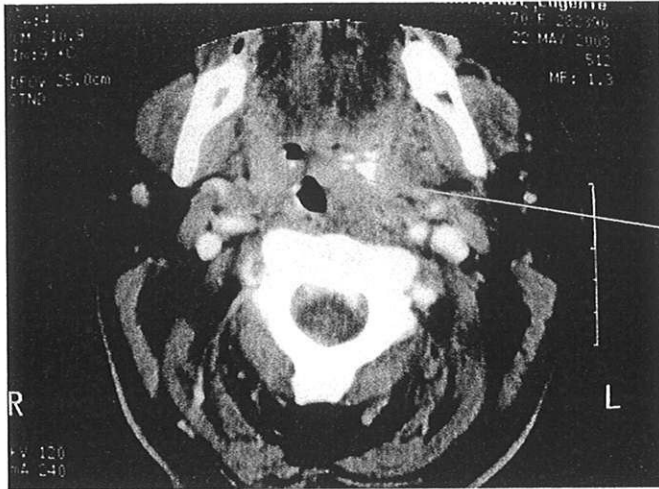
1 : infiltration diffuse de toute la paroi pharyngée postérieure, de l'épiglotte et de la margelle laryngée sans rétrécissement majeur de la filière glottique. Œdème majeur de la luette et du voile homolatéral à la lésion. Empâtement cervical douloureux de la loge sous maxillaire gauche avec peau inflammatoire.

2 : Aspect très hétérogène de la loge amygdalienne avec calcifications au sein de l'amygdale gauche. Disparition de la graisse parapharyngée sans déplacement des vaisseaux. Aspect infiltré de la loge sous maxillaire gauche. Pas de collection individualisable.

3 : Œsophage casse noisette diagnostiqué

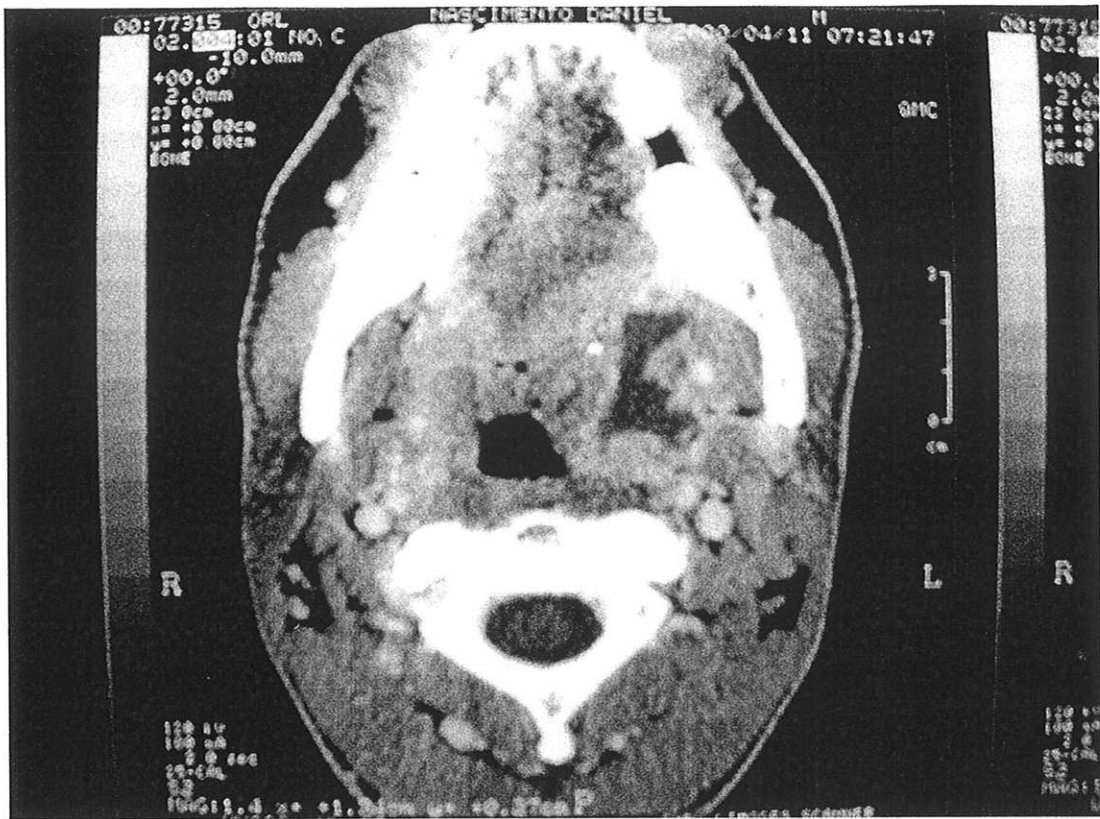
4 : Voie transorale première puis drainage externe



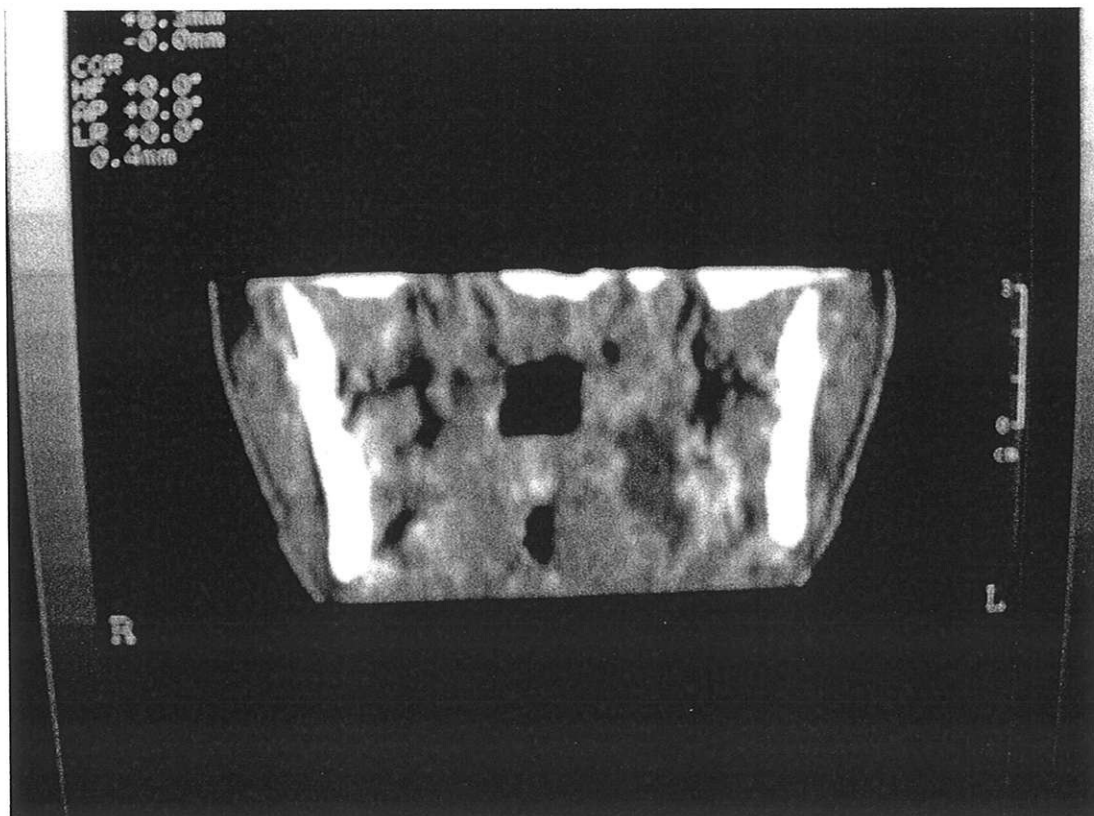


Mme C. Eugénie
Cas n°3
Cellulite Para
pharyngée G
Calcifications de
l'amygdale gauche





N. Daniel (cas n°7) : Abscès parapharyngé gauche
 Déplacement latéral de la graisse parapharyngée



Abcès rétrostylien :

Cas n°9 :

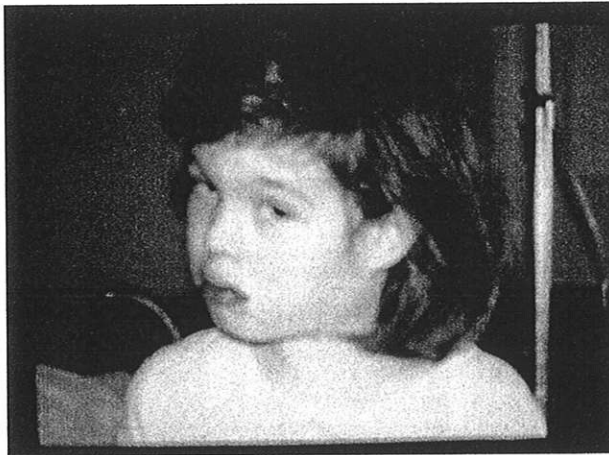
Mathilde, 5 ans, est traitée par pénicilline V pour une angine.

La durée du traitement n'est pas précisée.

3 semaines après, apparaît un empâtement cervical douloureux évoluant dans un contexte fébrile.

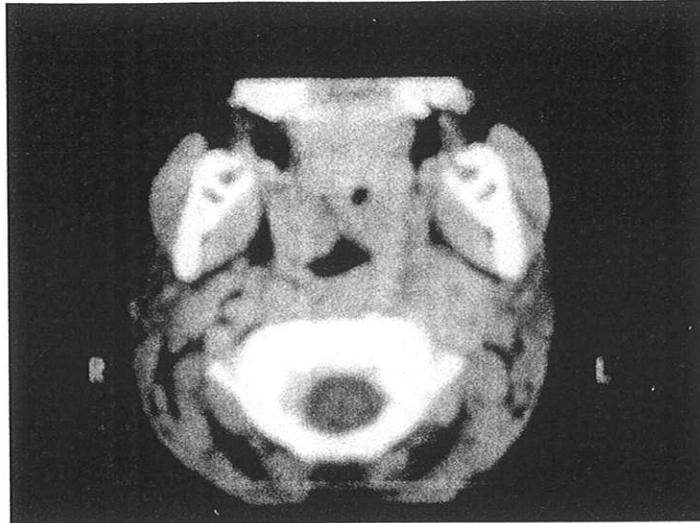
L'enfant est grognon, fébrile à 40°C et se présente avec une flexion controlatérale antalgique de la nuque.

Il existe une odynophagie et une altération de l'état général.



L'examen clinique montre un bombement pharyngé gauche prédominant sur le pilier postérieur.

Le TDM réalisé en urgence met en évidence une infiltration diffuse de l'espace rétrostylien sans collection visible.



Un traitement médical associant une céphalosporine de 3^{ème} génération et un aminoside est débuté.

Devant l'absence d'amélioration clinique, une exploration chirurgicale est décidée et réalisée à J3.

Malheureusement l'intervention n'a pas retrouvé de collection à évacuer mais un amas ganglionnaire réactionnel.

Il n'y avait pas de thrombose jugulaire et l'axe carotidien était intact.

L'état général s'est amélioré dans les jours suivants et un relais per os d'une mono antibiothérapie a permis d'envisager une sortie après 10 jours d'Hospitalisation.

6 semaines plus tard, Mathilde a présenté une arthrite septique de cheville drainée en urgence au bloc opératoire de chirurgie pédiatrique.

Actuellement l'enfant va bien.

Abcès rétropharyngés :

Mme C. Hélène, 70 ans. Cas n°10

Hospitalisée depuis 3 semaines pour une décompensation acidocétosique diabétique, non connu avant la prise en charge.

L'ensemble est apparu dans un contexte fébrile à 38°C non douloureux mais avec un foyer pulmonaire de la base gauche pouvant expliquer le syndrome inflammatoire biologique.

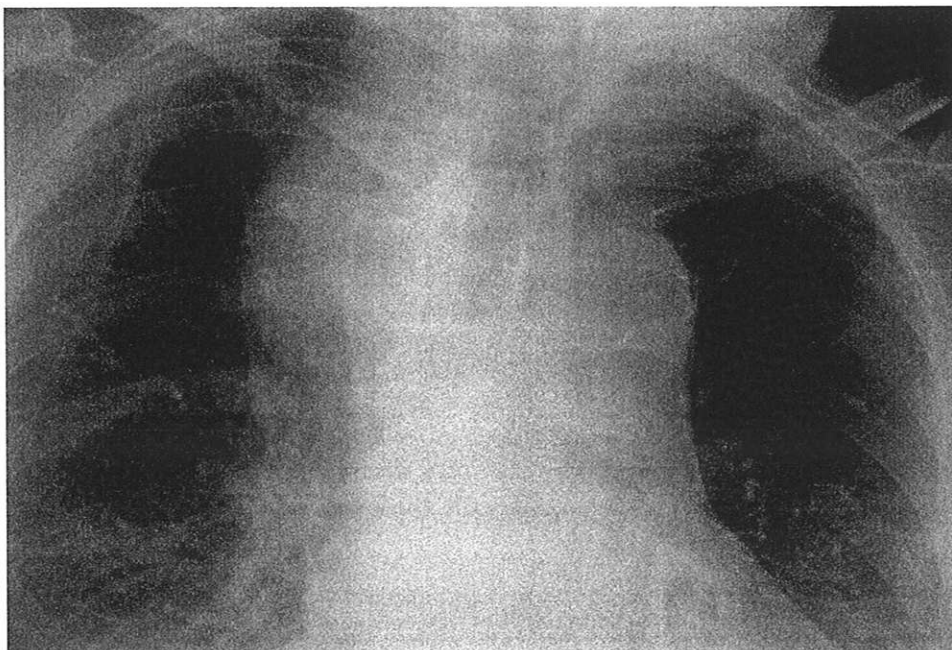
Secondairement la patiente est devenue dysphagique aux solides et aux liquides avec toujours un fébricule persistant.

L'examen clinique montre une altération de l'état général avec une dysphagie totale et une stase salivaire importante gênant la nasofibroskopie.

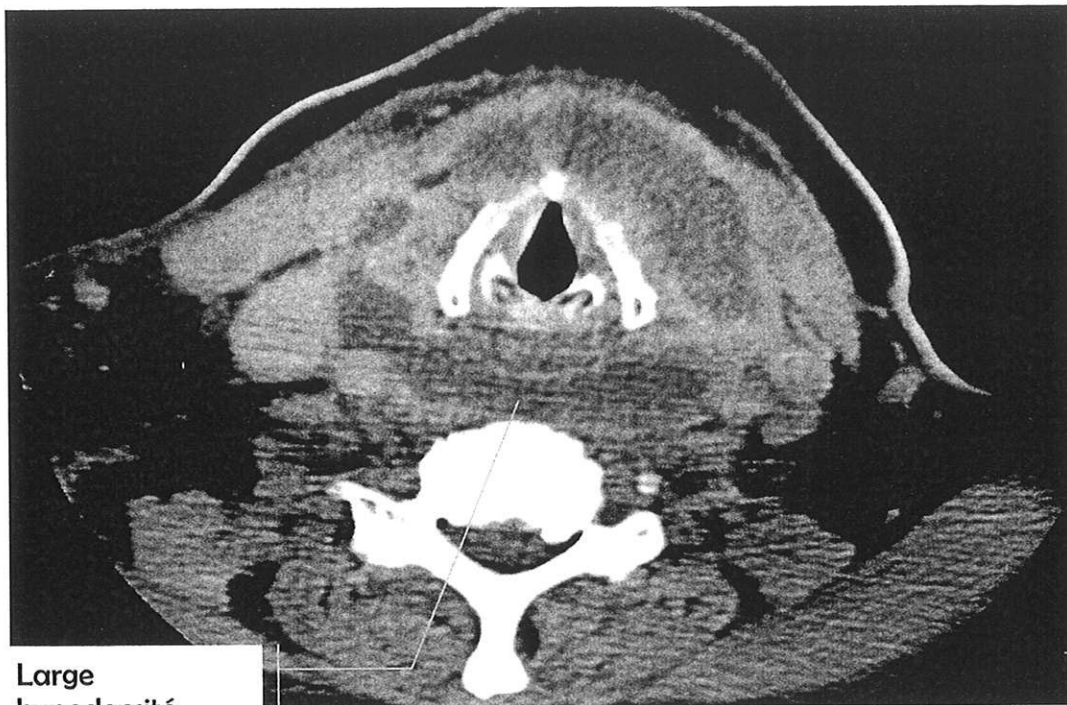
Il n'existait pas d'empâtement cervical ni de détresse respiratoire.

Le bilan biologique était toujours en faveur d'un syndrome inflammatoire persistant : GB à 11700 et CRP à 400.

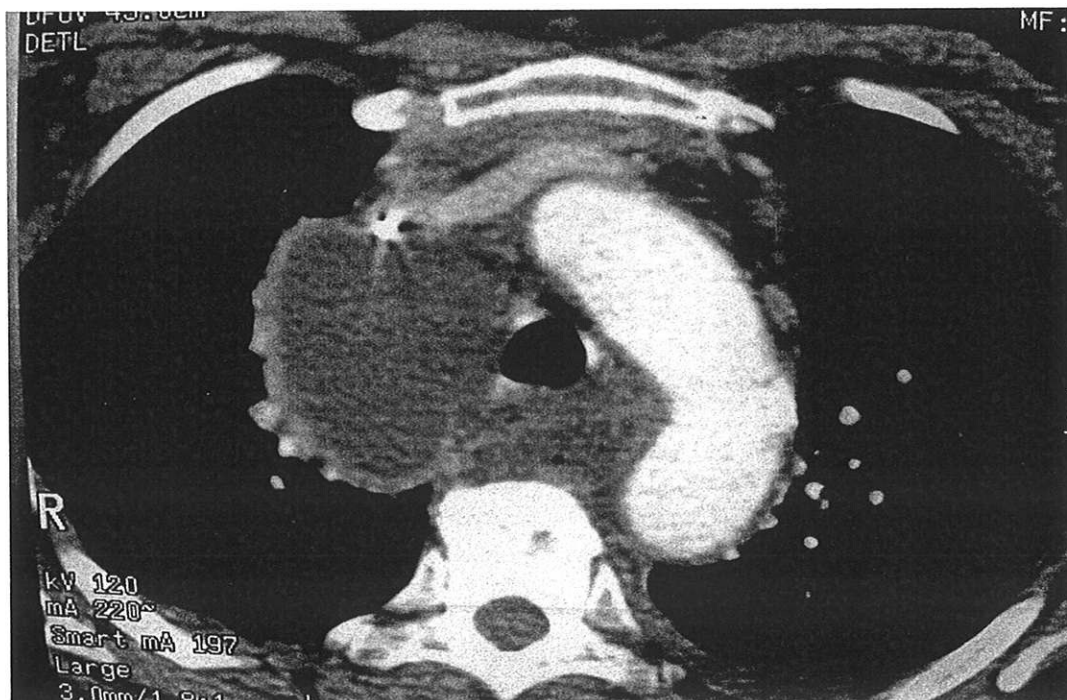
Une Radiographie du thorax met en évidence un élargissement du médiastin qui n'existait pas sur le premier cliché datant de 3 semaines.



Un TDM cervicothoracique est réalisé à J9 de l'apparition de la dysphagie et montre un volumineux abcès rétropharyngé, diffusé par l'espace rétroviscéral au médiastin postérieur et ce jusqu'à la division carénère.



Large hypodensité rétropharyngée diffusée en collerette



Un traitement chirurgical par voie transorale permet d'évacuer 150cc de pus franc après incision de la paroi pharyngée postérieure.

Il n'est pas décidé d'exploration médiastinale dans un même temps.

Une double antibiothérapie est poursuivie, en intraveineuse associant amoxicilline/acide clavulanique et une fluoroquinolone.

Un TDM thoracique de contrôle à J1 en post-opératoire retrouve une formation abcédée au niveau du médiastin postérieur avec extension à la plèvre pariétale jusqu'au cul de sac costo diaphragmatique.





Les suites ont consisté à surveiller simplement l'évolution de la collection médiastinale.

Les signes généraux ont rapidement disparu.
Le bilan bactériologique n'a montré qu'une culture poly bactérienne sans germe identifié.

Une Fibroscopie oesogastroduodénale à la recherche d'une fistule oesophagienne s'est révélée normale.

Mme C. a pu regagner son domicile après 35 jours d'hospitalisation.

Cas n°11 et 12:

identité	D. René	S. Claude
Sexe/age	M/65	F/63
anamnèse	Phlegmon périamygdalien gauche depuis 10j traité par double ATBth et AI sans amélioration	Ingestion os de veau 3j avant Dysphagie et douleur cervicale gauche
SG	AEG Anorexie	Fièvre à 38°C Anorexie
FF	Corticothérapie IV DNID	
Aspect clinique	Trismus ++ Bombement de la paroi pharyngée postérieure et latéral droit Aspect oropharynx très inflammatoire Dysphagie Empatement cervical	Empatement basi cervical gauche Stase salivaire
biologie	GB 14400 CRP 143	GB 18600 CRP 340
TDM préop	J9 Abcès rétropharyngé étendu au parapharyngé gauche et développé en hémiceinture en préthyroïdien gauche (1)	- (3)
TDM postop	- (2)	J17 Œdème pariétal périoesophagien
Traitement médical	J1 Augmentin 2gx3 Flagyl 500x3(10j) Gentamycine (10j) IV Durée : 27j	J3 Augmentin 1gx4 Amiklin IV
Traitement chirurgical	J10 Voie externe Drainage et lame	J4 Endoscopie Ablation CE oesoph
Bactério	BG – Prevotella intermedia	
suites	Simplex H17j	H10j Nutrition parentérale 8j

Légendes :

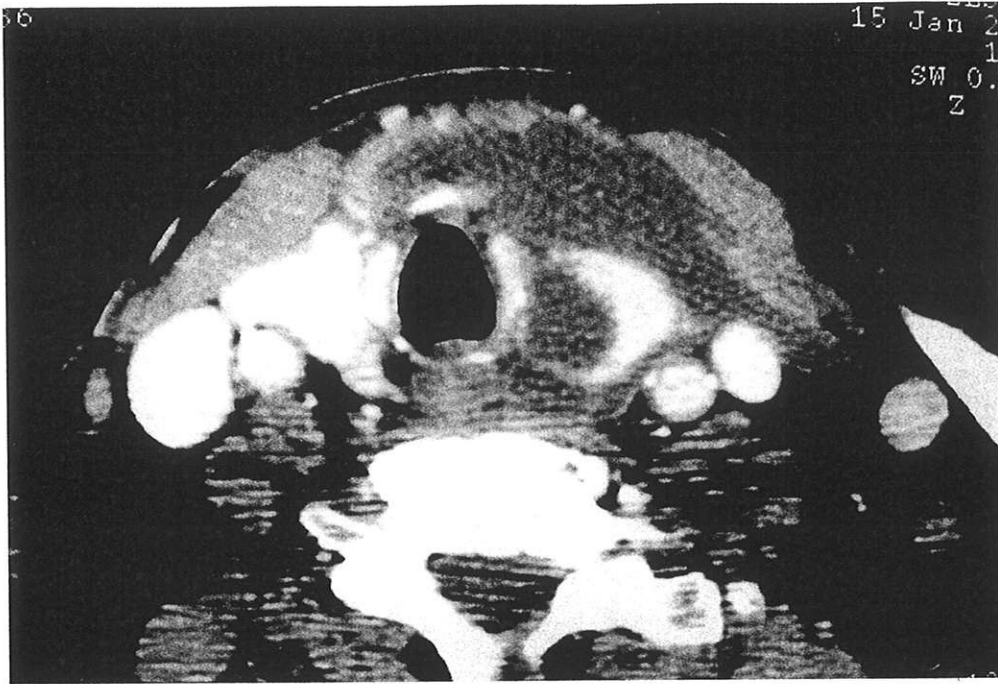
(1) : hypodensité hétérogène rétropharyngée et parapharyngée gauche avec rehaussement périphérique se poursuivant en hémiceinture en préthyroïdien gauche avec déviation axiale laryngée.

(2) : TOGD à J14 de résultat normal

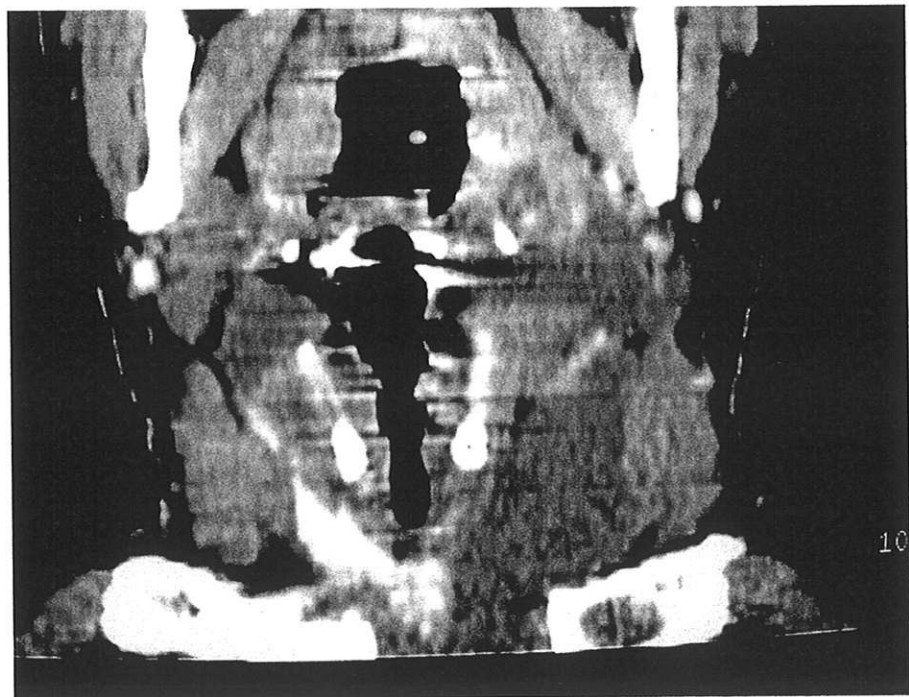
(3) : RX cervicales : augmentation de l'espace prévertébral sous hyoïdien avec images aériques sans CE visible



D. René
Logettes quasi
circonférentielles
Refoulement axe Laryngé

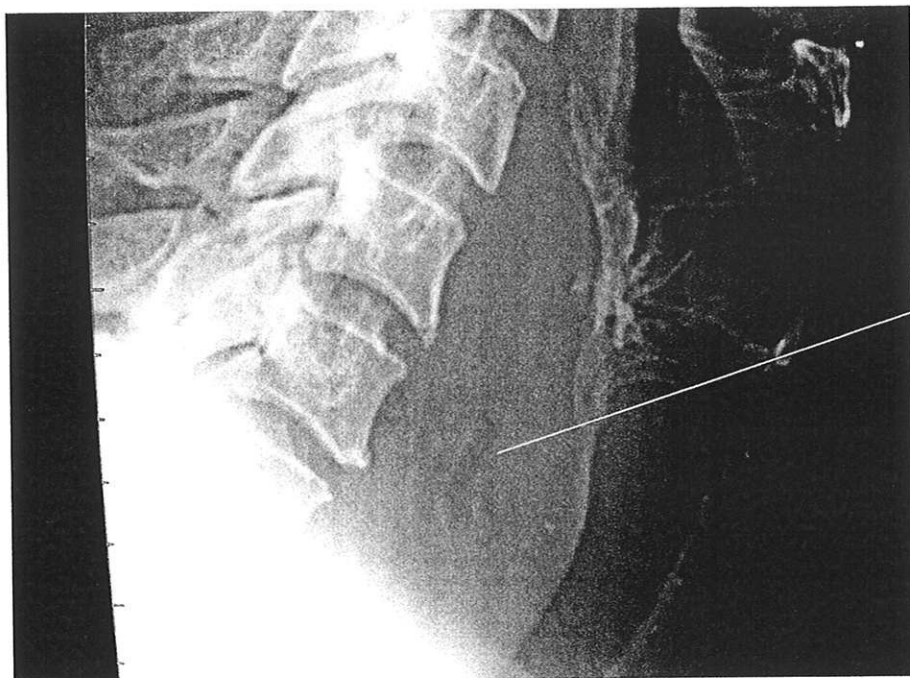


Cas n°2: D. René : Coulées cervicales antérieures.

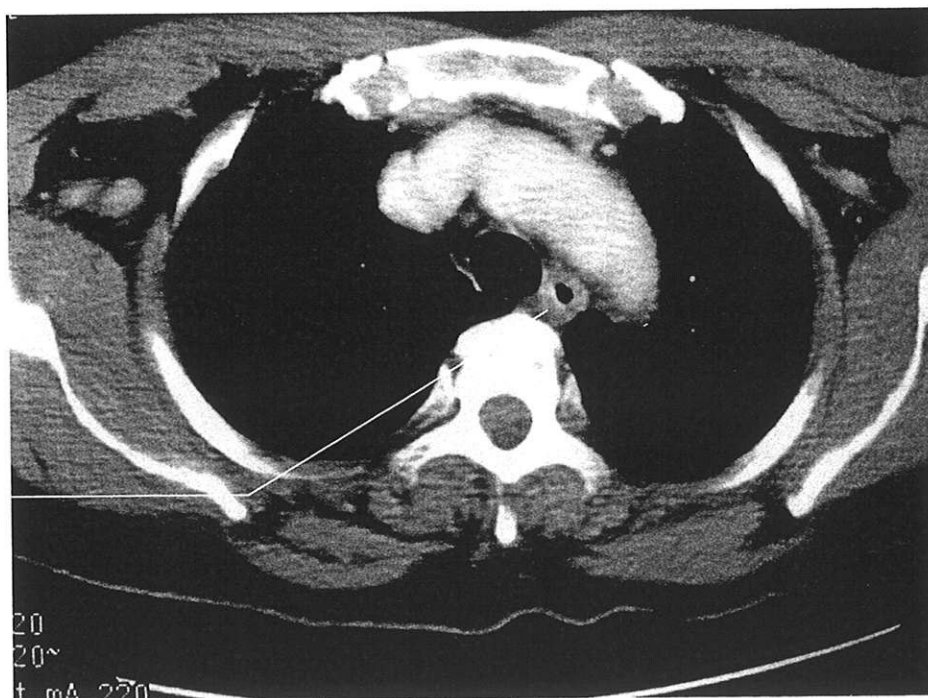


Coupe frontale : Coulées latérocervicales gauches.

Cas n°3: S. Claude ; RX Rachis cervical :



Elargissement
prévertébral +
Image aérique



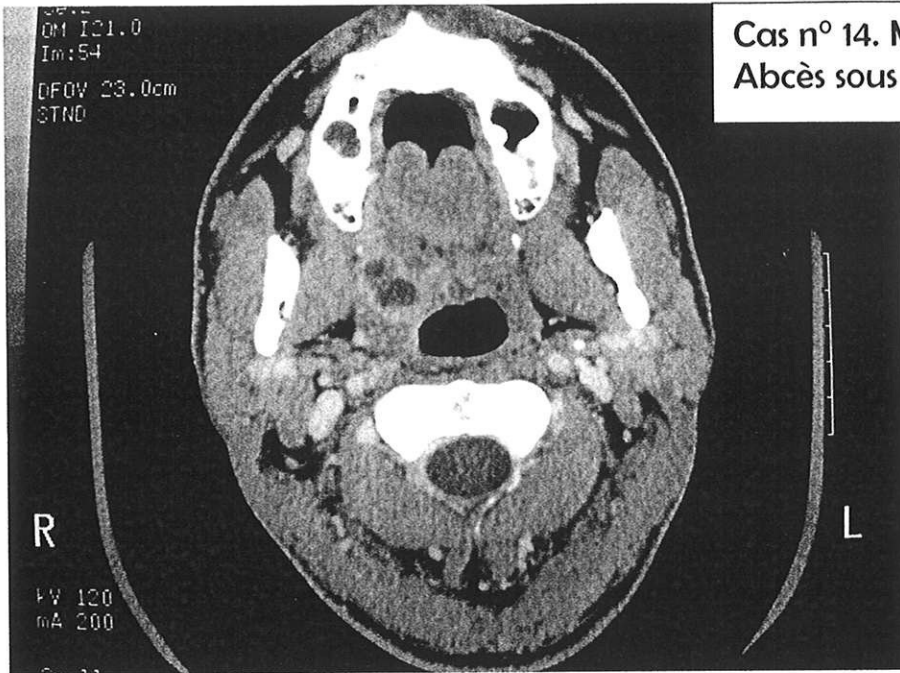
TDM J17
Épaississement
péριοesophagien

Abcès sous muqueux :

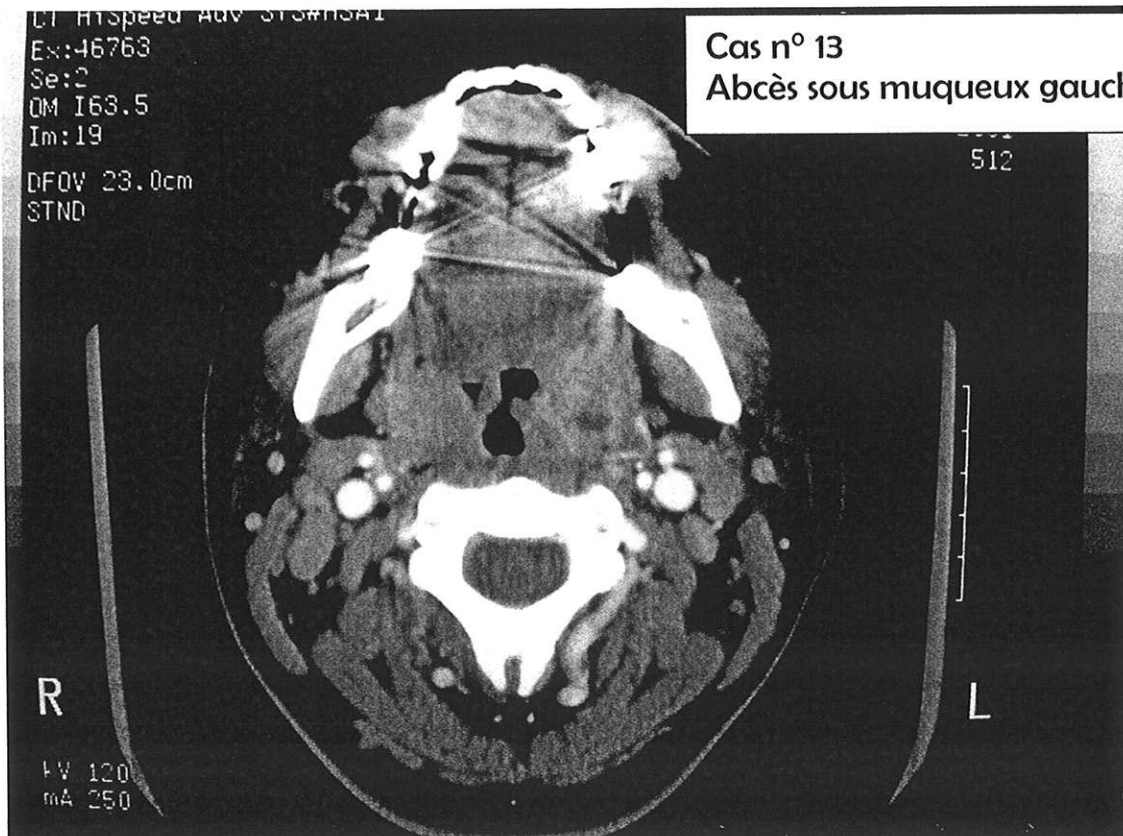
Cas n° 13, 14, et 15

identité	C. Philippe	G. M. Josée	C. Henriette
Sexe/age	M/39	F/36	F/87
anamnèse	Dysphagie d'aggravation progressive depuis 24h	Angine depuis 1 semaine traitée par Péni A	Angine depuis 2j
SG	-	Fièvre à 38°C Anorexie	AEG Anorexie
FF	Corticothérapie	Corticothérapie	Atcd phlegmon Dt 2 ans avant
Aspect clinique	Odynophagie ++ Trismus Protrusion du pilier antérieur gauche Œdème du voile et de la luette	Odynophagie Trismus Protrusion de l'amygdale droite Tuméfaction du pilier antérieur droit	Odynophagie Trismus Dysphonie Bombement pharyngé droit Œdème de la luette
biologie	GB 23700 CRP 7	GB 18300 CRP 135	GB 11100 CRP 34
TDM préop	J3 Abcès sous muqueux gauche	J7 Abcès sous muqueux droit	-
TDM postop	-	-	-
Traitement médical	J2 Augmentin 1gx3 IV 48h Per os 8j	J7 Augmentin 1gx3 IV 4j Per os 6j	J2 Péni G 2Mx3 Flagyl 500X3 IV 2j et relais Augmentin 8j
Traitement chirurgical	J3 Voie transorale Ponction 1 ^{ère} Incision et drainage	J8 Voie transorale Ponction simple	- (1)
Bactério	Polybactérienne Strepto C	Polybactérienne Prevotella buccae (BGN)	Flore oropharyngée
suites	Simple H2j	Simple H4j	Simple H3j

(1) : fistulisation spontanée à 48h avec évacuation d'un flot de pus



Cas n° 14. M-Josée
Abcès sous muqueux droit



Cas n° 13
Abcès sous muqueux gauche

Cas n° 16, 17, et 18 :

identité	G. Emmanuelle	D. Marc	M. Franck
Sexe/age	F/33	M/67	M/29
anamnèse	Pharyngite depuis 3j sous Aspirine et péniA Atcd LEAD et Amygdalectomie	Amygdalite droite depuis 4j traitée par C3G Fistulisation spontanée	Angine pseudomembraneuse à MNI test + traitée par Pristinamycine depuis 12j Dysphagie croissante
SG	-	Fièvre AEG Anorexie	Fièvre à 38°3 Anorexie
FF	Corticothérapie AINS	-	corticothérapie
Aspect clinique	Odynophagie Trismus Bombement du pilier antérieur G Œdème de la luette	Odynophagie Trismus Bombement pharyngé droit Œdème de la luette, du voile (1)	Odynophagie ++++ Mauvais état dentaire Bombement pharyngé gauche Protrusion amygdale
biologie		GB 8400	GB 13000 CRP 61
TDM préop	-	-	-
TDM postop	-	-	-
Traitement médical	J4 Augmentin 1gx3 IV 48h Per os 8j	J1 Augmentin 1gx3 Flagyl 500x3 IV 7j relais Augmentin per os 7j	J1 Péni G Flagyl IV 10j
Traitement chirurgical	J4 Voie transorale Incision pilier antérieur gauche	J4 Voie transorale Incision et amygdalectomie droite à chaud (2)	J12 Voie transorale Ponction 1 ^{ère} Amygdalectomie à chaud bilatérale
Bactério	Cocci gram + BGN Flore oropharyngée	Cocci gram+ BGN BG+ Strepto F Anaérobie +	Cocci gram + BG + BGN : Prevotella species
suites	H2j Reprise d'amygdalectomie droite à 3 mois	H10j Echo cardiaque	H10j

(1) 2 points de fistulisation, un à la base du pilier, un au niveau du voile.

(2) Atcd de valve cardiaque mécanique motivant l'éradication de tout foyer pathogène et éviter une seconde intervention à distance

Abcès sous maxillaires :

Cas n°19 :

L. Renald, 21 ans

Hospitalisé pour abcès sous maxillaire gauche d'origine dentaire.

En effet, une cellulite cervicale apparaît dès le lendemain de la perte d'un amalgame dentaire de la dent n°37.

S'y associe un trismus d'intensité croissante motivant une hospitalisation en urgence avec instauration d'une triple antibiothérapie.

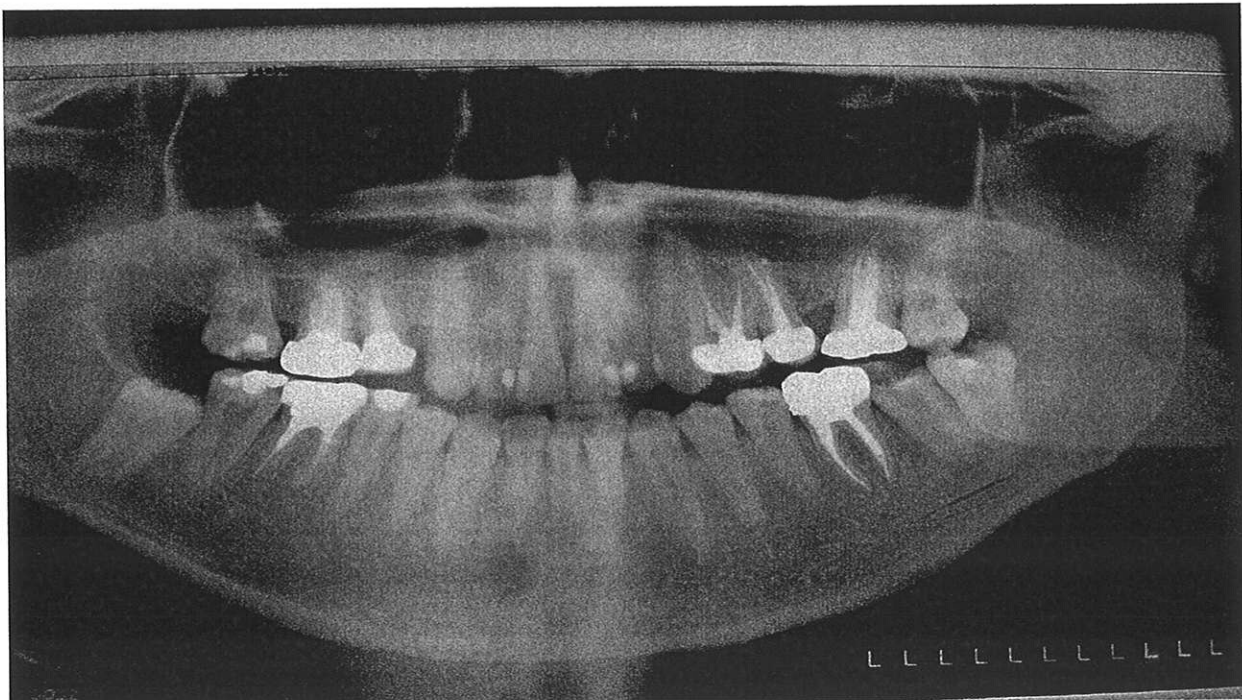
Le patient est fébrile à 39°C et présente une altération de l'état général assez marquée avec une somnolence diurne.

La dysphagie est majeure et la palpation cervicale montre un blindage complet cervical gauche.

On note un torticolis droit.

Le trismus est serré et l'état dentaire mauvais avec une reprise de carie sous plombage de la dent n°37.

Un panoramique dentaire confirme le bilan odontologique.

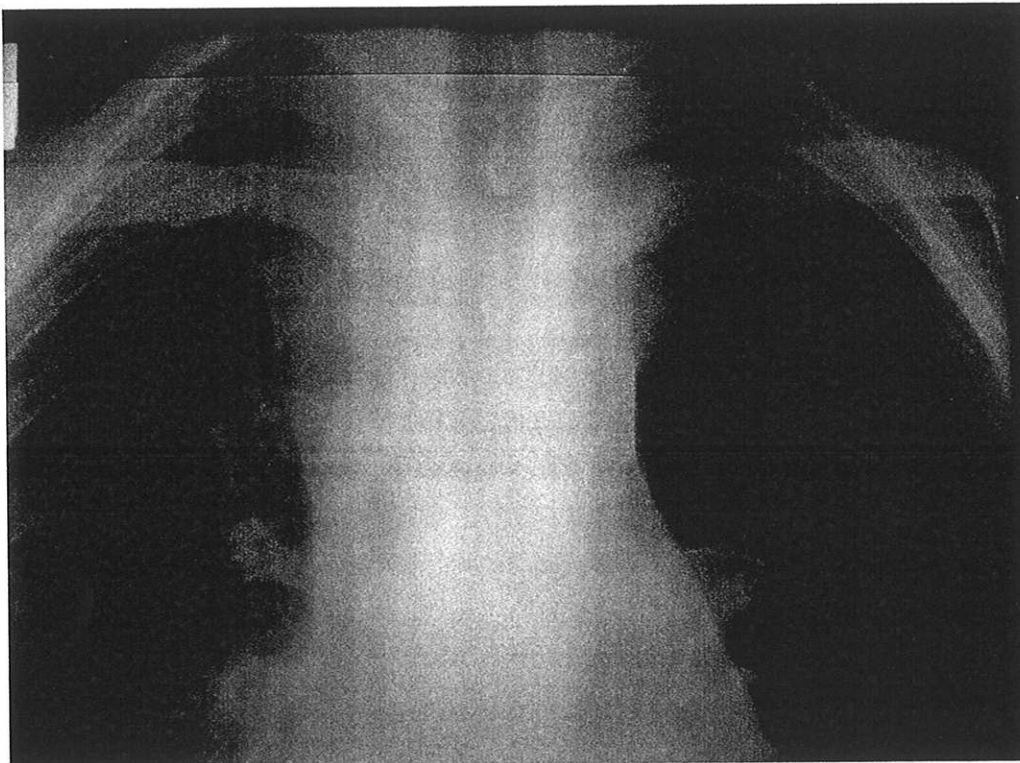


Il n'y a pas de bombement pharyngé mais une disparition totale du sillon gingival gauche dans un ensemble très inflammatoire.
La palpation du plancher de bouche est tendue et très douloureuse.

Sur le plan biologique les GB sont à 22000 et la CRP à 313

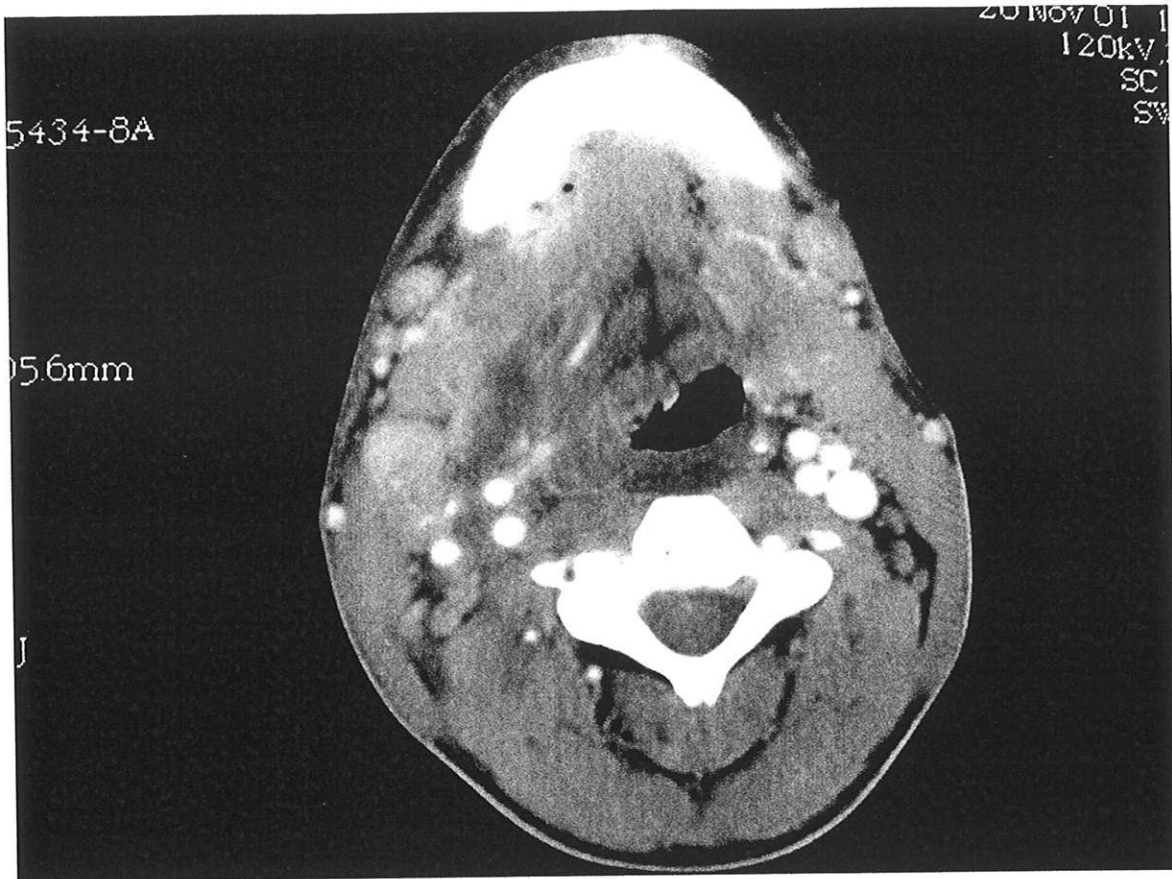
Secondairement le patient se plaint d'une douleur rétrosternale à type d'oppression thoracique.

La RT montre un élargissement médiastinal suspect.



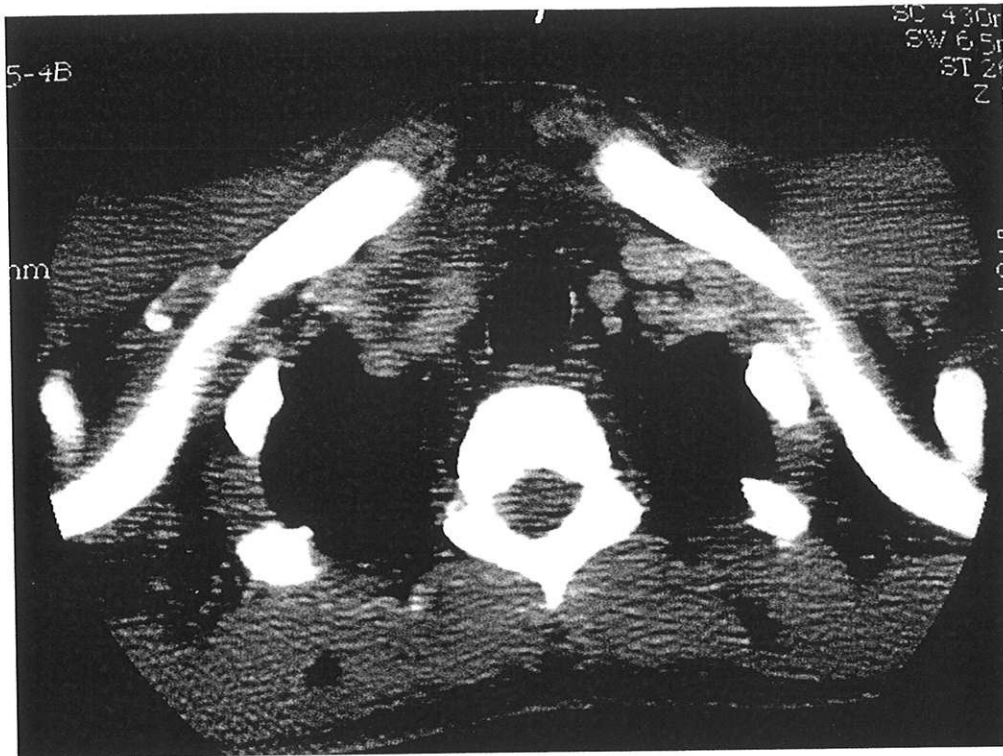
Le TDM cervicothoracique révèle une image hypodense sans véritable rehaussement périphérique allant du plancher de bouche jusqu'au médiastin antérieur, le long des gaines aponévrotiques, en avant de l'axe vasculaire.

L'ensemble est en faveur d'un abcès collecté à point de départ dentaire, envahissant la loge sous maxillaire homolatérale, l'espace parapharyngé et fusant par son intermédiaire vers le médiastin antérieur.



Coupe axiale passant par l'oropharynx 🖱
Coupe sagittale : 🖱





Coupe axiale thoracique passant par T2
Hypodensité médiastinale antérieure avec quelques images aériques prétrachéales et sous cutanées.
Les limites sont imprécises et sans rehaussement périphérique.

Devant le tableau clinique et l'absence d'amélioration après 4 jours de triple antibiothérapie (Augmentin-Flagyl-Nétramycine), un transfert en secteur de réanimation avec une modification de l'antibiothérapie et une prise en charge chirurgicale est décidé.

Le patient est donc opéré à J5 du début de ses symptômes.

L'intervention a consisté en une cervicotomie exploratrice avec drainage externe bilatéral et mise en place de lames de Delbé pour assurer des lavages bi quotidiens.

Des coulées purulentes franches ont été évacuées au doigt bilatéralement.

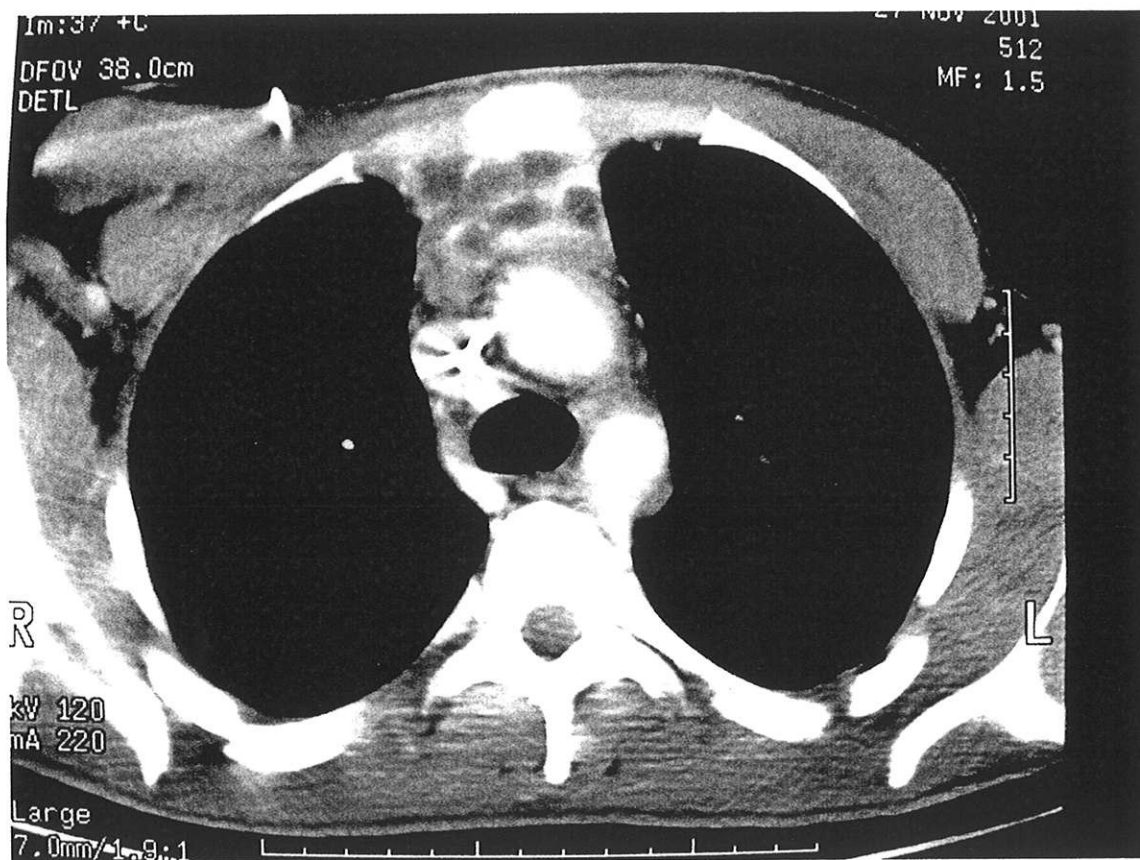
L'axe vasculaire est resté intact et il n'a pas été noté de thrombose jugulaire.

Dans un même temps, des soins dentaires ont permis d'extraire la dent en cause et d'effectuer un curetage du granulome apical.

L'antibiothérapie a été adaptée avec mise en route d'un traitement associant pénicilline G à 24 M d'unités/jour, Flagyl à dose standard et une quinolone en IV pendant 15 jours.

L'examen bactériologique a mis en évidence des BGN au direct et un Streptocoque du groupe F à la culture.

Un TDM thoracique de contrôle à J7 de l'intervention retrouve la persistance d'une collection cervicale droite de 5 cm de diamètre ainsi que des logettes médiastinales.



Coupe axiale thoracique passant par T3

Devant la nette amélioration clinique du patient après l'intervention chirurgicale, il n'est pas décidé de réintervenir.

Un relais per os par une mono antibiothérapie (amoxicilline/acide clavulanique), est effectué à J15 et poursuivie 8 jours.

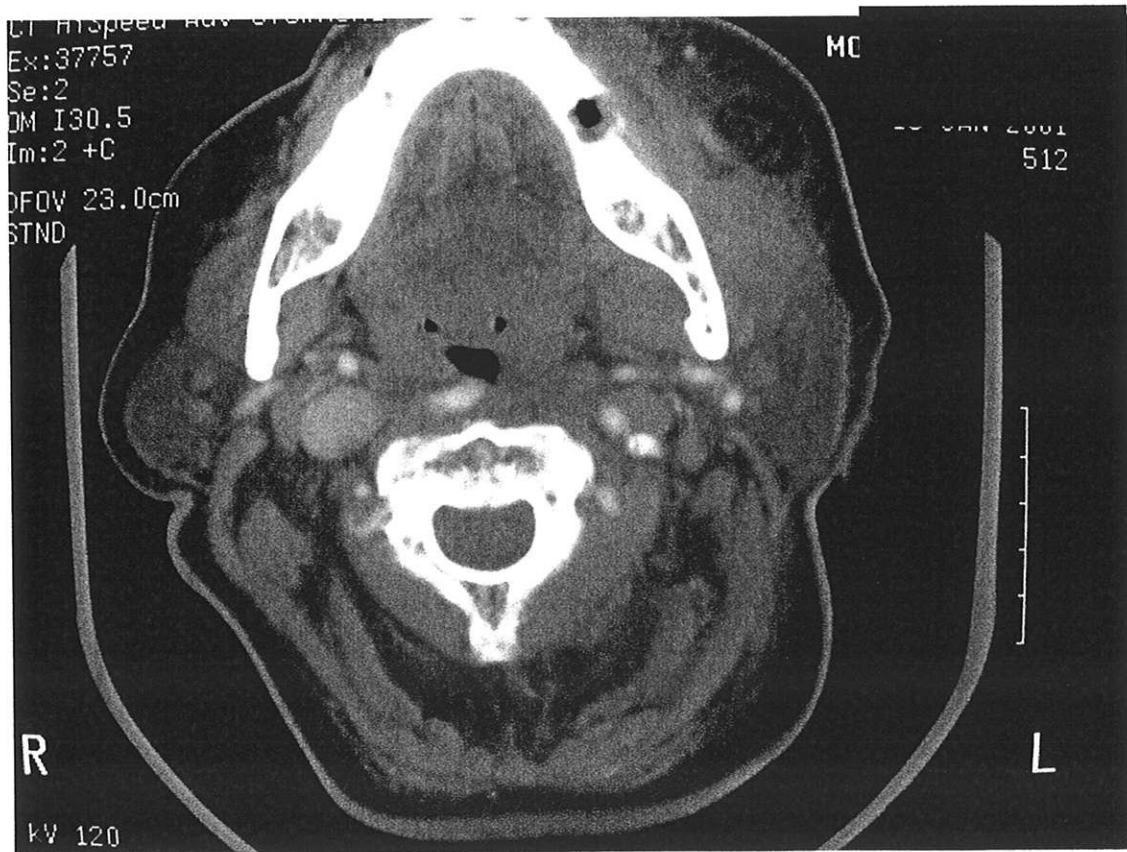
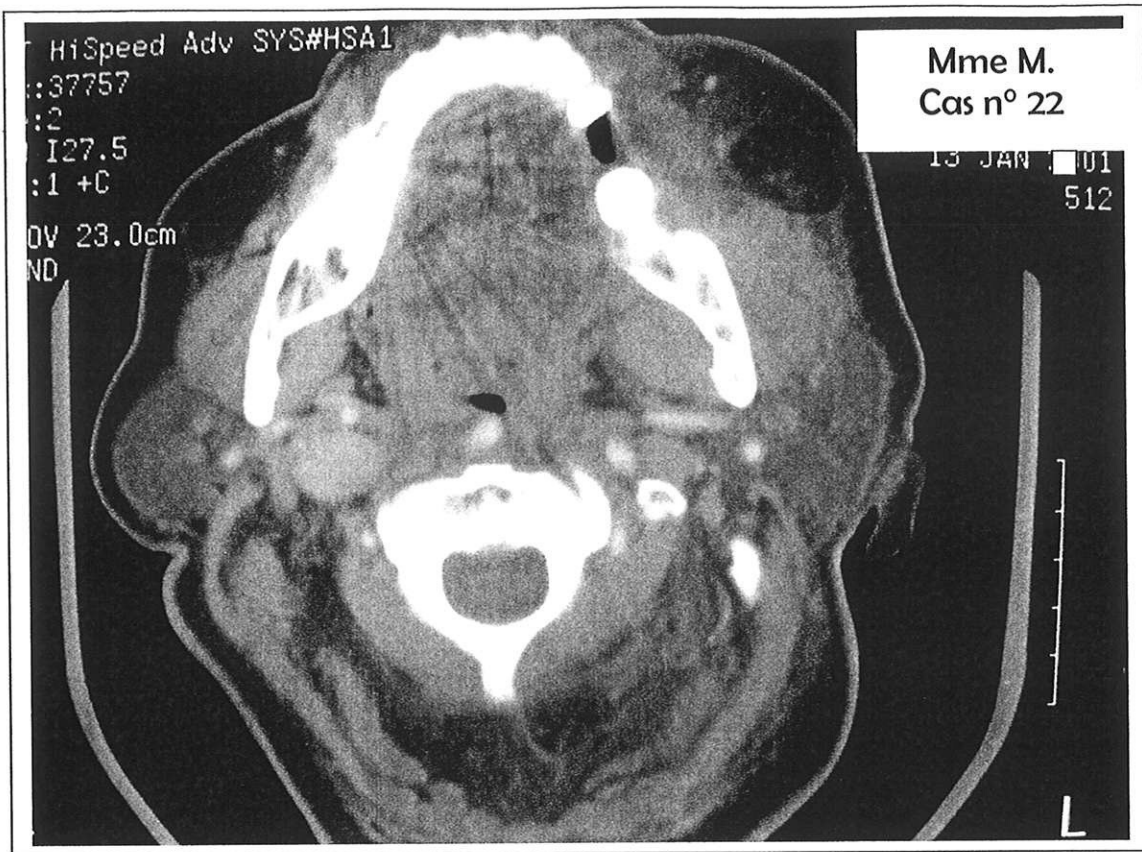
Le patient est retourné à son domicile après 19 jours d'hospitalisation.

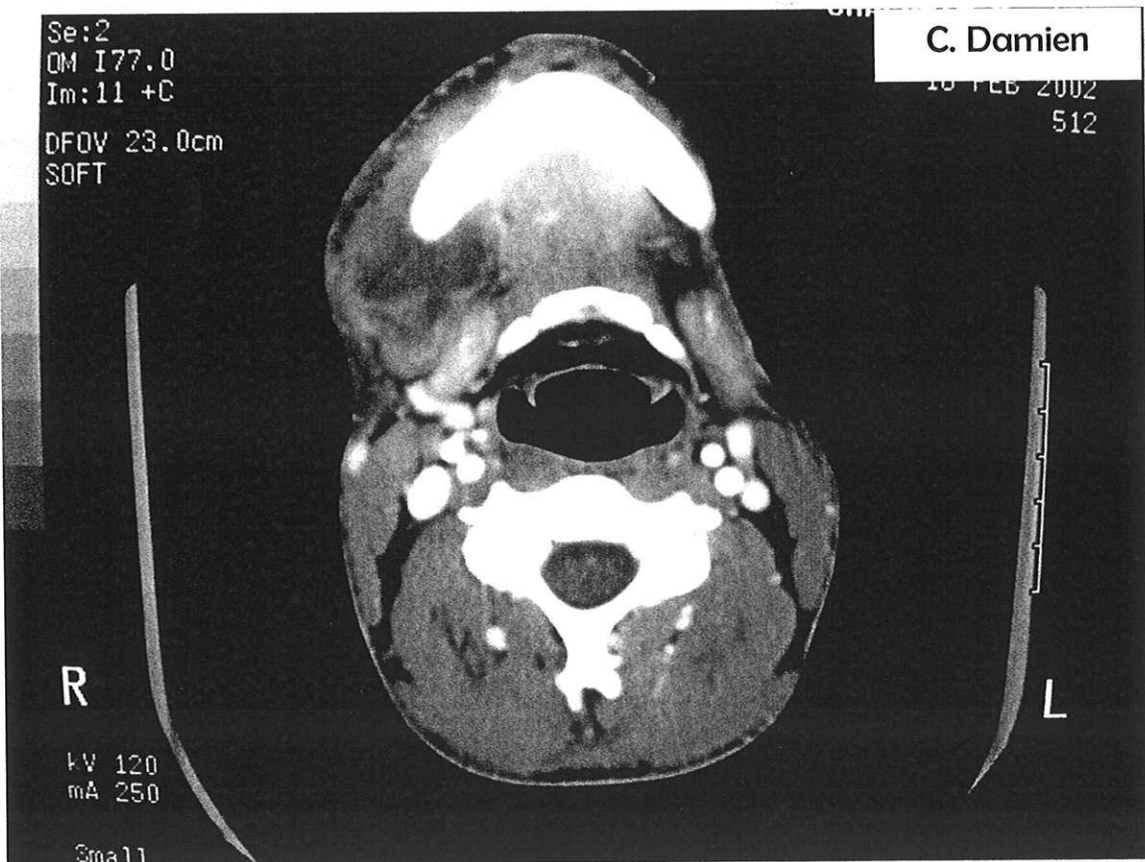
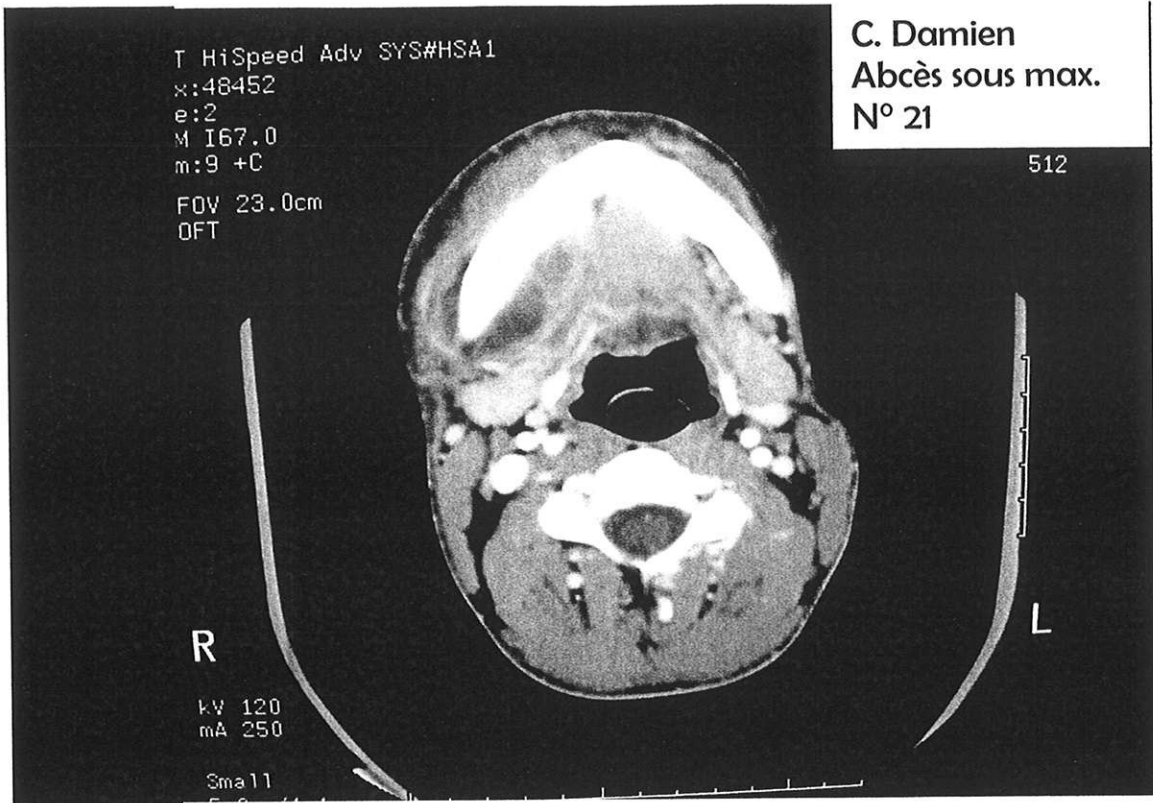
Il n'y a pas eu de récurrence ni de séquelles.

Cas suivants n° 20, 21, et 22:

identité	A. Frédéric	C. Damien	M. Blanche
Sexe/age	M/11	M/25	F/81
anamnèse	Pharyngite Folliculite du menton depuis 15j	Tuméfaction sous maxillaire droite 5j après des soins dentaires	Tuméfaction sous maxillaire gauche 15j après une extraction dentaire < G
SG	Fièvre	Fièvre à 38°C Anorexie	Fièvre AEG
FF	-	AINS	-
Aspect clinique	Empâtement cervical droit Adénopathies cervicales homolatérales	Odynophagie Empâtement cervical droit inflammatoire Trismus Carie dentaire n°47 +cellulite	Odynophagie Empâtement cervical G Trismus Présence de pus au fond de l'alvéole de la 36
biologie	GB 11700 CRP 18	GB 13500 CRP 23	GB 12200
TDM préop	-	J4 Hypodensité en arc de cercle rétromandibulaire droite, en avant des muscles ptérygoïdiens	J1 Collections liquidiennes sous maxillaires gauches avec infiltration des muscles adj.
TDM postop	-	-	-
Traitement médical	J1 Augmentin 15J Puis Pristinamycine 10j per os	J1 Augmentin 1gx3 IV relais per os Péni V 10j	J15 C3G Aminosides IV 8j Relais 5j per os
Traitement chirurgical	J19 Ponction 1 ^{ère} Voie cervicale Drainage et lame	J6 Voie cervicale + Extraction dentaire	J5 Voie orale Curetage alvéolaire (1)
Bactério	-	Polybactérienne Cocci gram + BGN Strepto F	-
suites	H4j Simples	H6j Simples	H8j Simples

(1) : élimination d'un foyer d'ostéite

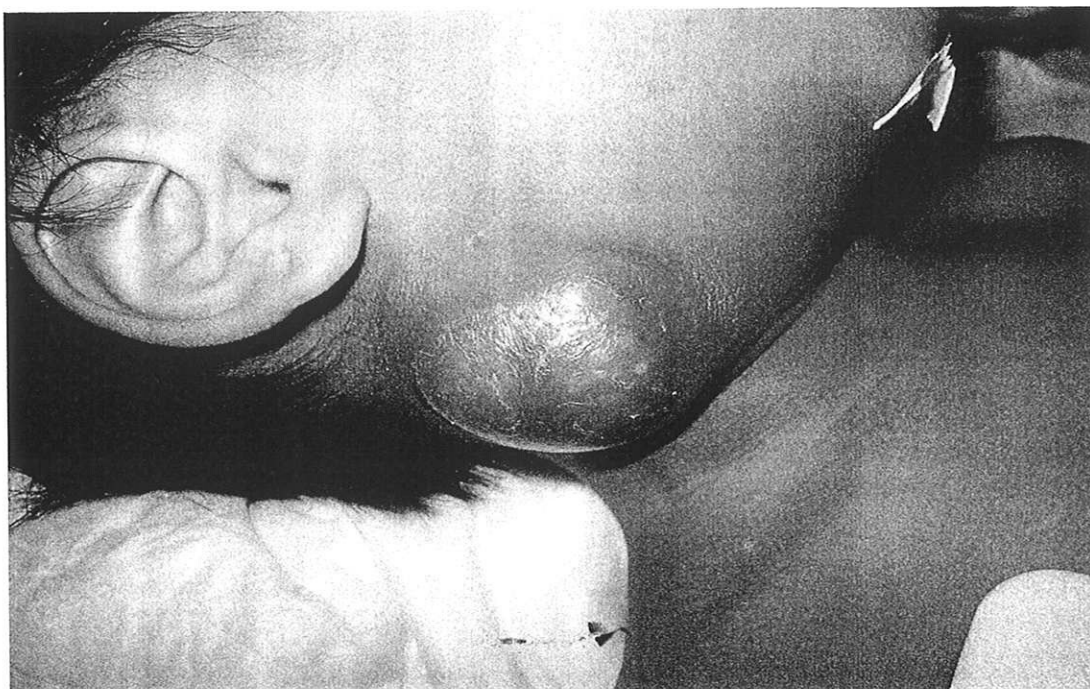




identité	R. Emmanuelle	T. Michel	B. Jean
Sexe/age	F/18mois	M/37	M/74
anamnèse	Masse sous mandibulaire droite depuis 2 mois indolore. Fistulisation à 3 mois (1)	Lithiase sous maxillaire gauche depuis 1 mois sans amélioration	Apparition d'un trismus avec AEG chez patient aux ATCD de débilite mentale
SG	-	-	Fièvre à 39°C AEG Anorexie
FF	-	-	Corticothérapie
Aspect clinique	Empatement cervical droit ADP x bilatérales	Empatement sous maxillaire gauche ADP satellites	Empatement cervical droit Trismus ++ Mauvais état dentaire, granulome sur la 48 Bombement du plancher
biologie	GB 17000 CRP 12	GB 7800	GB 8000 CRP 193
TDM préop	- (2)	J30 Hypodensité hétérogène sous max G Aspect de cellulite avec abcès en voie de collection (4)	J8 Volumineuse collection sous mentale et sous maxillaire droite (5)
TDM postop	-	-	-
Traitement médical	J1 Augmentin 2j IV Bristopen 8j peros	J1 Augmentin puis rovamycine- Flagyl IV 4j per os 10j	J2 Augmentin 1gx3 IV 13j Per os 5j
Traitement chirurgical	J2 Voie cervicale Incision, drainage et lames (3)	J30 Voie cervicale Drainage	J8 Cervicale externe Extraction dentaire x
Bactério	Staph Aureus	-	BG+ Anaérobies x (6)
suites	H6j Exérèse à froid 6 semaines après	H4j Paralysie du rameau mentonnier G	H13j Expulsion d'un foyer d'ostéite à j28 sur la 48

Cas n° 23, 24, et 25

(1) R. Emmanuelle, 18 mois cas n° 23

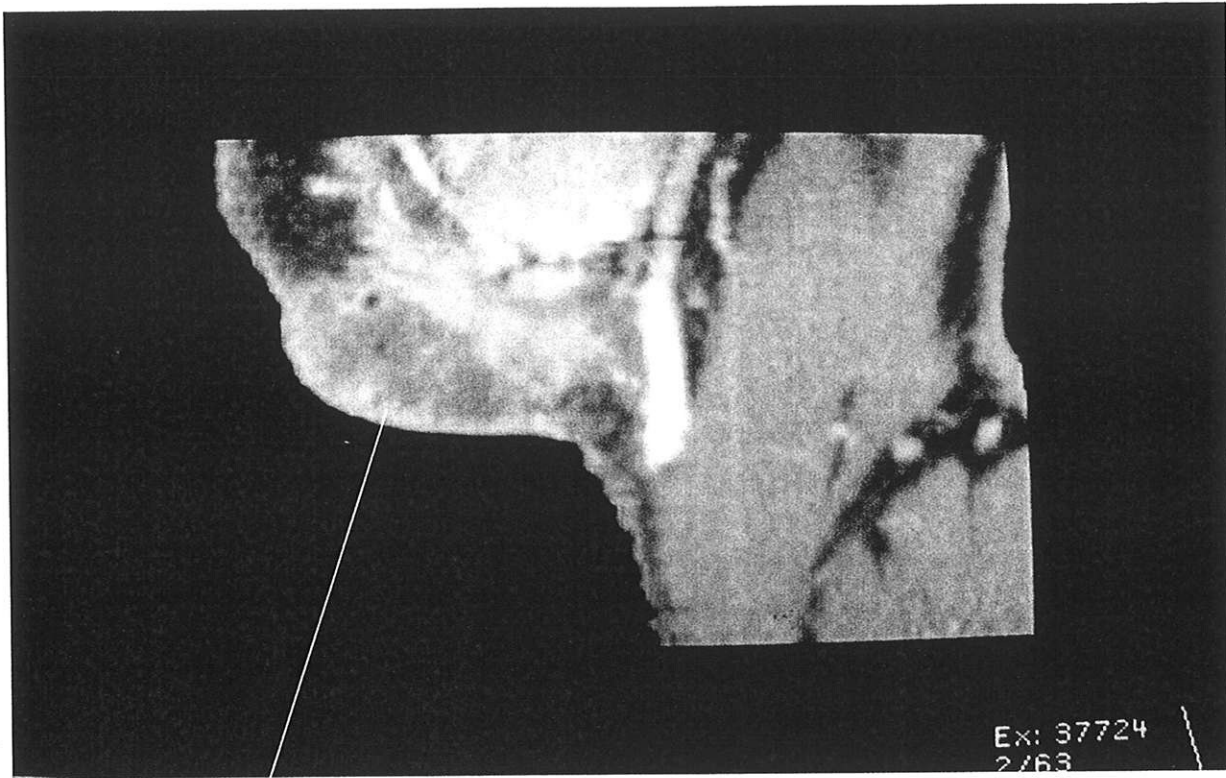


(2) : A eu écho cervicale : adénite sous maxillaire droite en voie de nécrose

(3) :

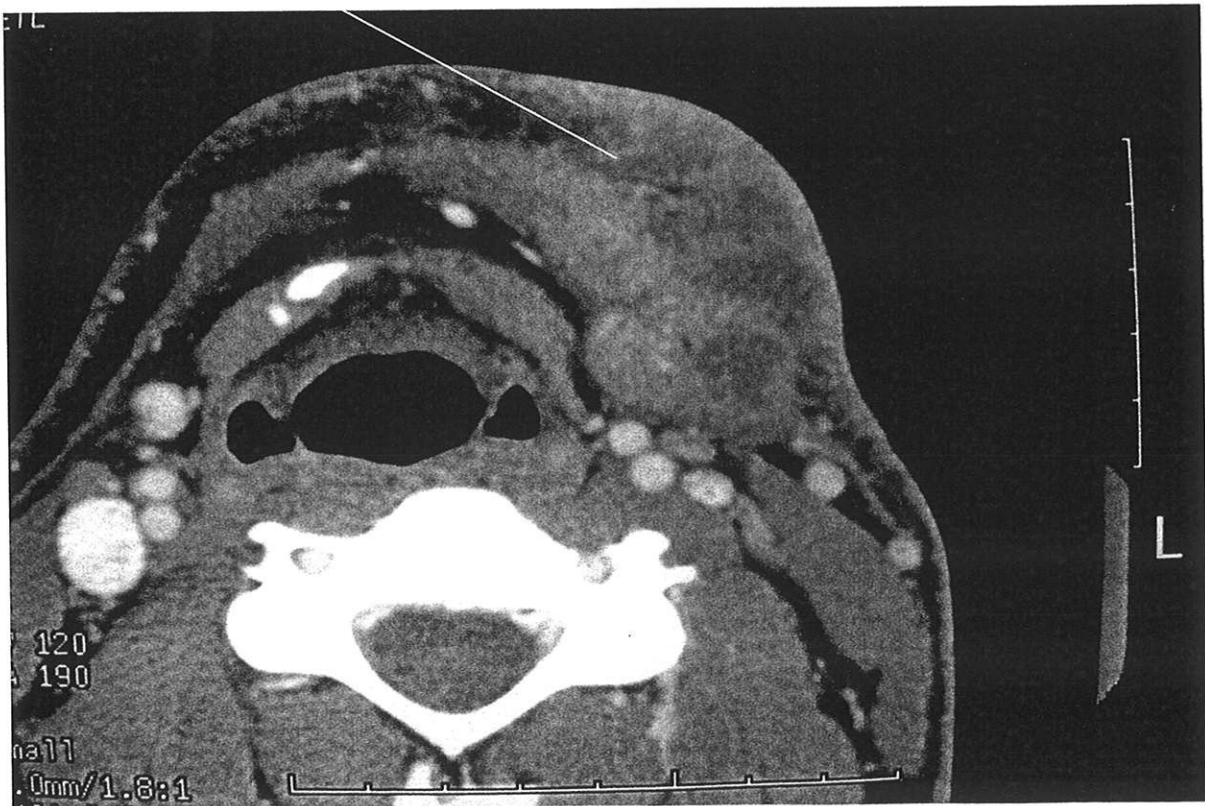


(4)

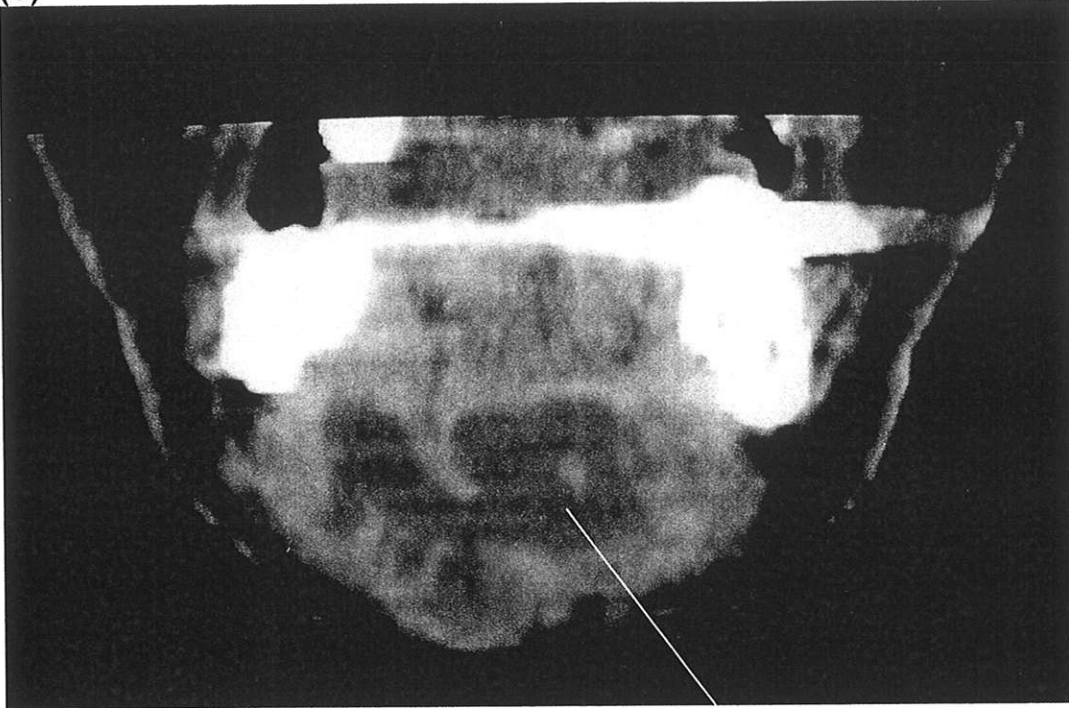


T. Michel
Hypodensité à
contours flous
Images aériques

Cas n° 24

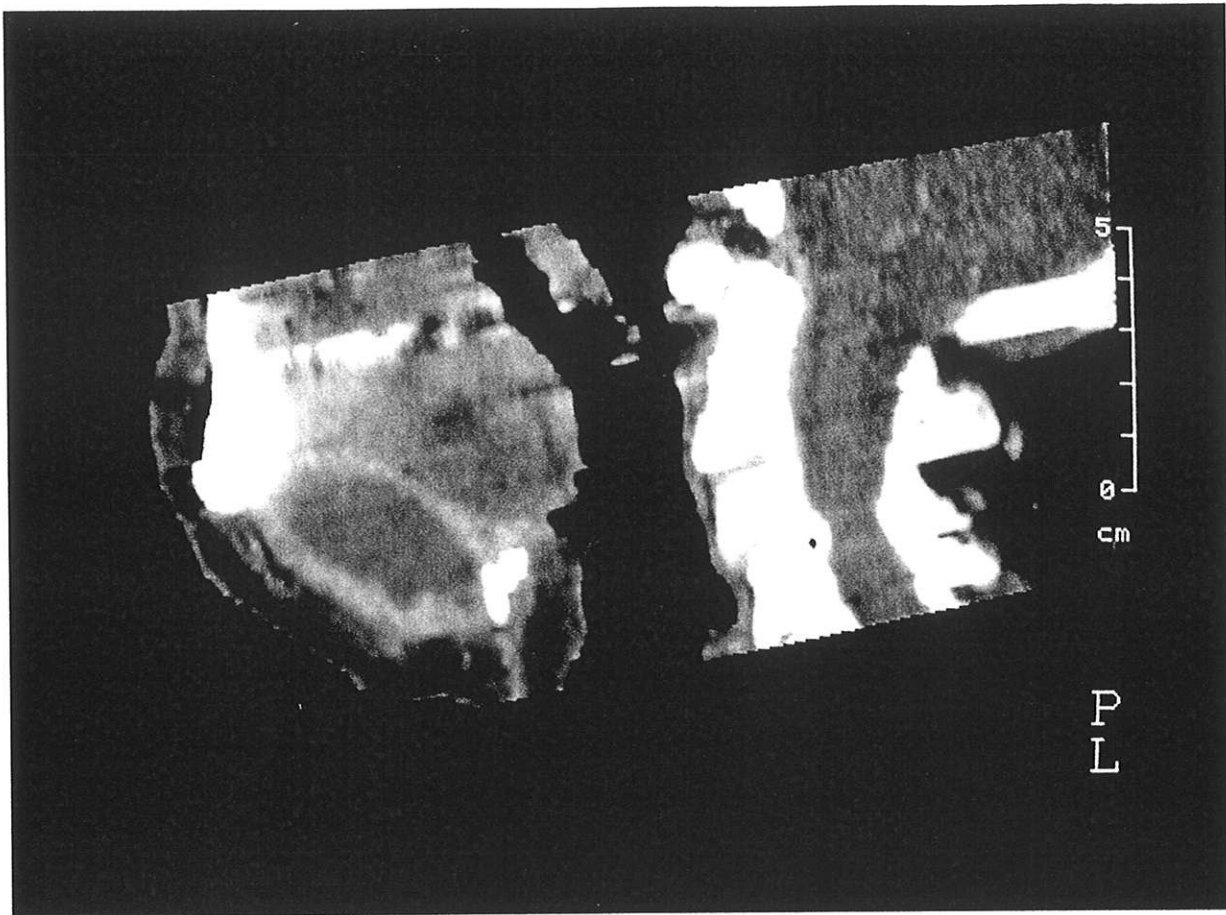


(5)



M. B. Jean Cas n° 25





B. Jean cas n° 25

(6) : 3 germes différents : *Prevotella Denticola*, *Eubactérium Lentum*, *Peptostreptococcus Species*.

Abcès de la loge ptérygo-maxillaire :

Cas n°26 :

R. Patrick, 38 ans

Hospitalisé pour syndrome fébrile depuis 24h avec frissons et odynophagie.

Le patient a subi une extraction de dent de sagesse > G 7 jours auparavant, sans antibiothérapie de couverture en post opératoire.

A son entrée, le patient est fébrile à 38°C et présente une altération de l'état général marquée.

L'examen clinique endobuccal est limité par un trismus serré, mais découvre un bombement du pilier antérieur gauche avec une protrusion de l'amygdale concernée.

Les GB sont à 11100 et la CRP à 220.

Le TDM cervical révèle un abcès de la fosse ptérygomaxillaire gauche étendu à l'espace parapharyngé gauche, infiltrant le plancher de bouche et responsable d'un effet de masse sur les voies aérodigestives supérieures.



Un traitement antibiotique par C3G + Flagyl est débuté en IV pendant 4 jours, suivi d'un relais per os de 6 jours.

Le traitement chirurgical est immédiat et consistât à une incision après ponction première, par voie transorale de l'abcès.

Le bilan bactériologique a mis en évidence un *streptococcus intermedius*.

Les suites ont été simples avec une durée totale d'hospitalisation de 6 jours.

Il est probable que dans ce cas, l'abcès s'est développé en priorité au niveau de la fosse ptérygomaxillaire puis a diffusé dans l'espace parapharyngé.

Cas n°27 :

L. Maurice, 73 ans

Apparition d'une tuméfaction jugale gauche évoluant dans un contexte fébrile depuis 3 jours sous Pénicilline A depuis 24h.

ATCD de DNID

A l'examen clinique, le patient est fébrile à 39°C avec une forte altération de l'état général.

L'empâtement cervical et de la joue gauche est franc avec une peau nettement inflammatoire.

L'état dentaire est mauvais et il existe une cellulite du vestibule oropharyngé et de la face interne de la joue gauche.

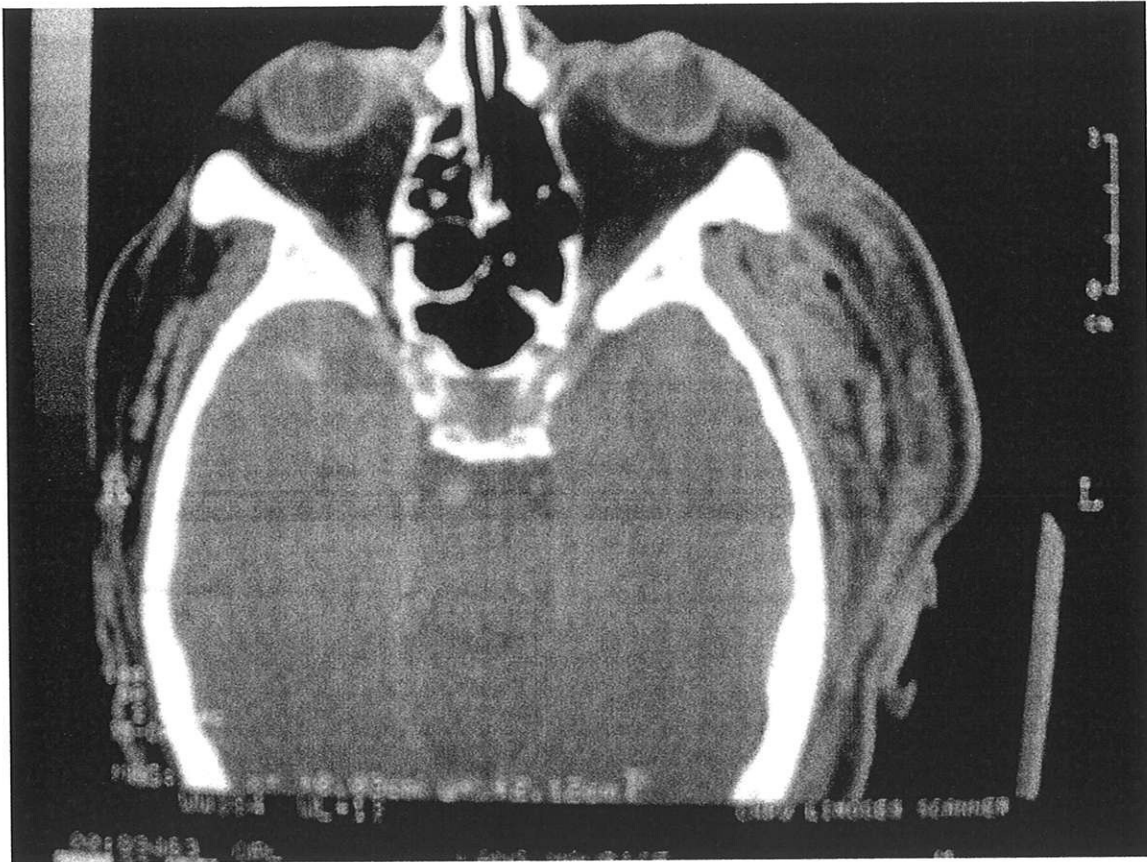
Le trismus est marqué.

Le bilan biologique est en conséquent avec des GB à 16500 et une CRP à 191

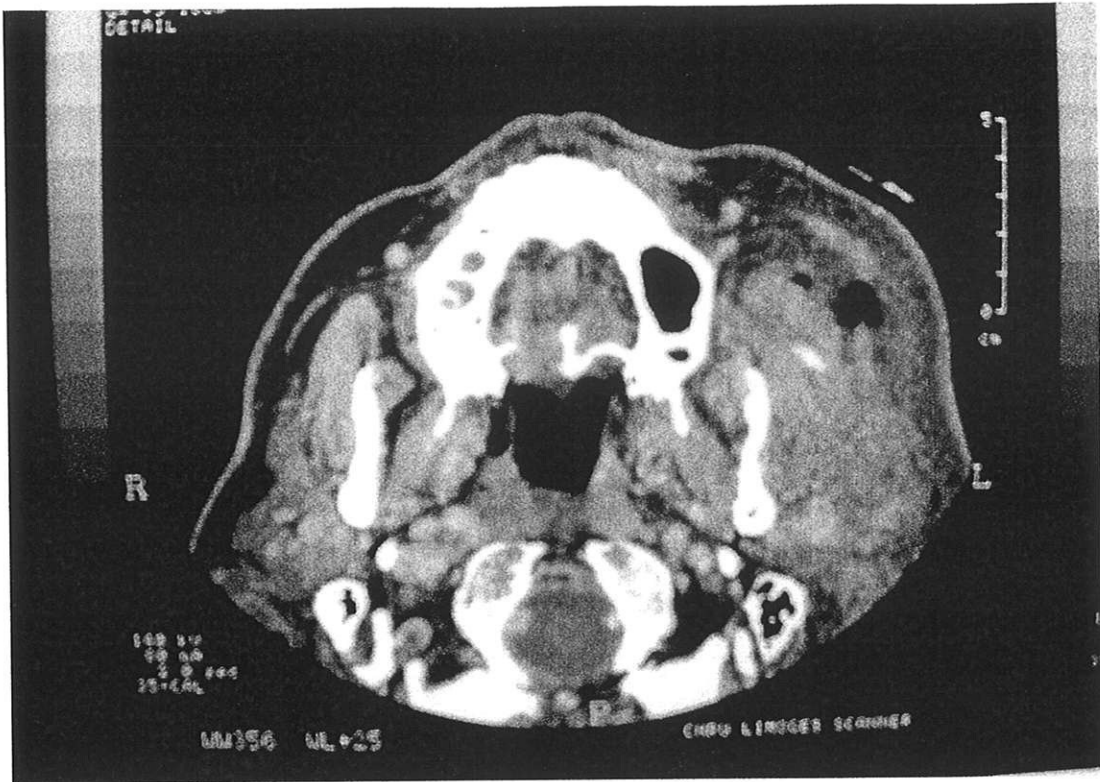
Un traitement d'épreuve associant Pénicilline G/Métronidazol est instauré par voie IV à J3.

Le TDM de l'oropharynx réalisé à J5, montre un aspect hétérogène de la loge massétérine avec des images aériques sans véritable rehaussement périphérique.

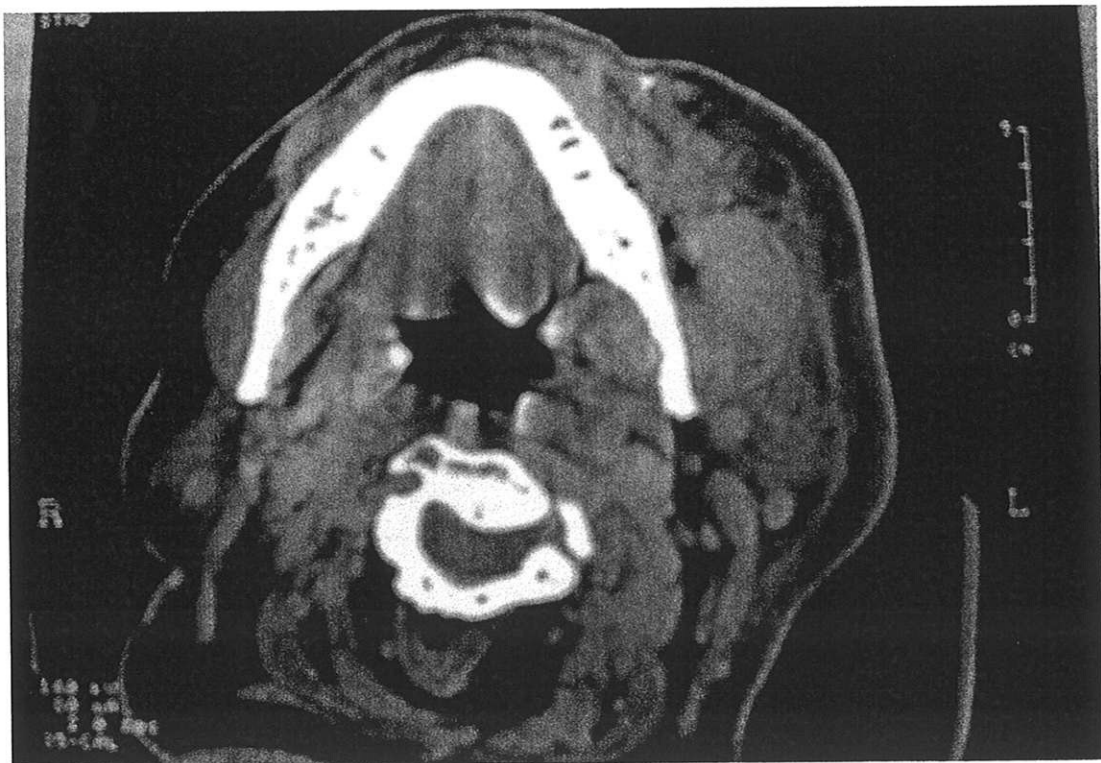
Il existe une infiltration des masses musculaires et du plan sous cutané. L'espace parapharyngé gauche apparaît lui aussi infiltré sans déplacement de l'axe vasculaire.



L. Maurice : cas n°27

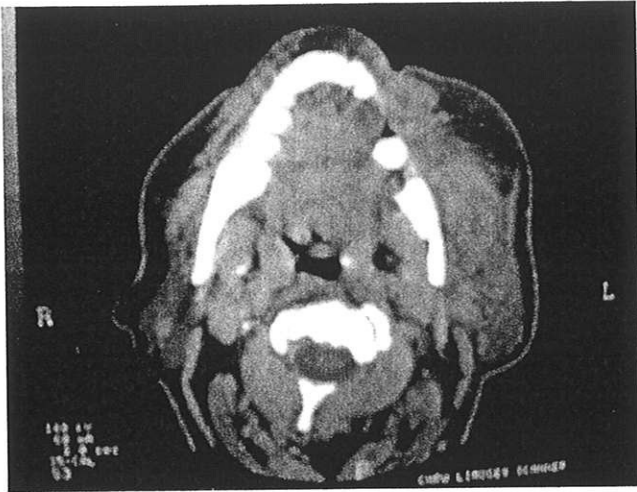


L. Maurice : cas n°27



A J7 des extractions dentaires multiples sont pratiquées.

Un TDM de contrôle à J13 retrouve l'aspect infiltré mais moindre par rapport au premier TDM.



Il est décidé une poursuite du traitement médical simple.

L'examen bactériologique au direct a montré la présence de bacilles gram – et de cocci gram +

Un streptocoque non hémolytique a poussé lors de la culture.

Cas n°28 :

B. Michel, 68 ans

Traité pour une cellulite cervicale gauche par Antibiothérapie pendant 10 jours, d'évolution favorable avec une reprise des symptômes un mois après mais également régressifs sous traitement médical.

Un mois plus tard, le patient se plaint d'une dysphagie et l'examen clinique montre un début de cellulite sous mentale.

Dans ses antécédents on retrouve une splénectomie 4 ans auparavant pour un purpura thrombopénique idiopathique ainsi qu'une extraction dentaire < gauche récente.

Lors de l'examen clinique d'entrée, il existe une fièvre avec AEG, ainsi qu'un empatement cervical et du plancher de bouche. L'état dentaire est déplorable et un trismus antalgique est présent.

Il n'y a pas de bombement pharyngé mais un œdème diffus de la face interne de la joue gauche.

Les GB sont à 12100 et la CRP à 149

Le TDM est en faveur d'une infiltration des parties molles sans collection. Il existe une lyse osseuse de la branche montante de la mandibule avec une image abcédée en regard.

Un traitement médical par pénicilline A (2gx3/j) et Dalacine est instauré à J1 du troisième épisode pour une durée de 12 jours.

Un traitement chirurgical est réalisé à type de cervicotomie exploratrice pour drainage et lavage.

L'analyse bactériologique a retrouvé une flore polybactérienne avec un *Streptococcus constellatus* et *Hafnia alvei* à la culture.

Les suites ont été marquées par une surinfection à bacille pyocyanique sur orifices de drainage résolutive après soins locaux.

Ce patient a présenté une cellulite massétérine G d'origine dentaire d'évolution en 3 temps, décapitée les 2 premiers temps par une antibiothérapie à l'aveugle.

Synthèse :

Après analyse des vingt-huit cas, il en ressort que plus de la moitié des patients présentaient des signes généraux lors de leur hospitalisation :

71% **de fièvre**, 63% **d'anorexie** et 53% **d'AEG**.

Répartie de façon équivalente quel que soit la localisation de l'abcès.

L'odynophagie est relevée dans 90% des cas soit chez 25 patients. Les 3 personnes n'en souffrant pas appartiennent au groupe des abcès sous maxillaires.

Par conséquent tous les patients présentant un abcès parapharyngé, sous muqueux ou rétropharyngé se sont plaint de déglutition douloureuse ou de douleur pharyngée latéralisée.

L'empâtement cervical n'est retrouvé que chez 17 patients, soit dans 60% des cas et est plus fréquent dans les abcès sous maxillaires et parapharyngés. Par contre il est absent des suppurations sous muqueuses ce qui se comprend aisément puisque l'abcès reste contenu par le fascia pharyngo basilaire.

Le trismus serré ou modéré est présent chez 17 patients avec une prédominance dans les abcès sous muqueux (83%) et massétérin (100%). Il est absent des abcès rétropharyngés et rétrostyliens.

Seulement 2 cas ont présenté un **torticolis**, soit 7% des cas.

Il n'y a eu aucun cas de **détresse respiratoire** par déviation des voies aériennes supérieures ou laryngotrachéale.

Un seul patient s'est dit gêné lors de la ventilation et trois autres présentaient une **dysphonie** (« *hot potatoes voice* ») mais sans retentissement général.

Un **mauvais état dentaire** est retrouvé chez 8 patients avec une nette prédominance masculine (75%).

L'examen endobuccal met en évidence un **bombement pharyngé** chez 15 patients dont tous les cas d'abcès sous muqueux et plus de la moitié des abcès parapharyngés.

L'œdème de la luette n'est retrouvé que chez 7 patients dont 4 présentant un abcès sous muqueux.

L'ensemble des signes cliniques et leur répartition en fonction de la localisation de l'abcès sont regroupés dans le tableau à double entrée ci-dessous :

SC \ Type d'abcès	Sous muq	PP	C	RP	Mass	Sous max	Nbre de cas
Fièvre	3	8	1	2	3	4	21
AEG	2	4	1	3	3	3	16
Anorexie	4	4	-	3	3	3	17
Odynophagie Dysphagie	6	8	1	3	3	4	25
Trismus	5	4	-	1	3	4	17
Torticolis	-	-	1	-	-	1	2
Empâtement cervical	-	5	1	2	2	7	17
Mauvais Etat dentaire	1	1	-	-	2	4	8
Bombement pharyngé	6	7	1	1	-	-	15
Œdème de la luette	4	3	-	-	-	-	7
Dysphonie	1	2	-	-	-	-	3

L'étiologie est globalement d'origine pharyngée (53%), soit sur terrain d'angine traînante, soit sur terrain de pharyngite chronique. L'origine dentaire n'est retrouvée que dans 23% et aucune cause n'est mise en évidence dans 20% des cas. Un cas est d'origine traumatique et un d'origine lithiasique.

Des facteurs favorisants sont notés pour 15 patients :

- Corticothérapie : 7 cas
- Diabète : 5 cas
- Association des 2 : 2 cas
- Prise d'AINS : 2 cas
- Tabagisme chronique : 2 cas connus
- Association des 2 : 1 cas
- Splénectomie : 1 cas
- Débilité : 1

Des radiographies du rachis cervical n'ont été réalisées que dans 1 cas pour abcès rétropharyngé.

Deux Radiographies du thorax pour abcès sous maxillaire avec médiastinite antérieure et pour abcès rétropharyngé avec médiastinite postérieure ont montrées un élargissement médiastinal conséquent.

Un TDM cervical ou cervicothoracique a été réalisé dans 57% des cas soit chez 16 patients :

- 2 Rétropharyngés
- 1 rétrostylien
- 5 sous maxillaires
- 5 parapharyngés purs
- 3 massétéris

Un seul patient a bénéficié d'une IRM cervicale ; il s'agissait d'un enfant ayant déjà eu un TDM non contributif quelques temps auparavant.

Un autre enfant a bénéficié d'une échographie cervicale pour un abcès sous maxillaire évident afin d'éviter une irradiation inutile.

Le délai moyen d'imagerie est dans notre étude de 7,5 jours.

Seuls 8 patients ont eus un TDM de contrôle avec un délai moyen de 4 jours en post opératoire, mais deux ont eu leur TDM à 8 et 3 mois pour diverses raisons, qui n'ont pas été comptés dans la moyenne calculée.

Un patient ayant présenté un abcès rétropharyngé a eu un transit oesogastroduodéal de contrôle à la recherche d'une fistule, dont le résultat a été normal.

Le traitement médical instauré est en règle générale rapide avec une date de début variant de **1 à 15 jours** avec une moyenne de **3,6 jours**. Sa durée varie de **10 jours** minimum à **45 jours** pour une moyenne de **18,5 jours** ce qui semble correct par rapport au syndrome infectieux.

Dans **53% des cas** il s'agit d'une **double antibiothérapie** IV avec relais per os par mono antibiothérapie contre **40%** ayant bénéficiés d'une **simple antibiothérapie** IV d'emblée et seulement **6,66%** d'une **triple antibiothérapie**.

Cf. tableau ci-dessous :

<i>Antibiothérapie Abcès</i>	Simple	double	triple
SS Muq	3	3	
SS Max	5	1	1
PP		8	
RP		2	1
C		1	
Mass		3	

Dans 22 cas, l'association amoxicilline/acide clavulanique a été utilisé, soit d'emblée en monothérapie IV ou en association avec du Métronidazol, soit en relais per os après une double antibiothérapie associant Pénicilline G/Métronidazol.

Celle-ci est retrouvée dans 7 cas.

Les C3G ont été administrées dans 7 cas dont 5 cas en association avec le Métronidazol.

Les fluoroquinolones n'ont été administrés que dans les deux cas de médiastinites, l'un en association avec de la Pénicilline G et du Métronidazol, l'autre en association avec de l'amoxicilline/acide clavulanique.

Les Aminosides ont été employés transitoirement dans 5 cas entre 4 et 10 jours de traitement en association synergique avec soit une C3G (2 cas), soit amoxicilline/acide clavulanique et Métronidazol (2 cas) ou amoxicilline/acide clavulanique seul(1 cas) ;

Les macrolides n'ont été administrés qu'en association avec du Métronidazol (1 cas) ou en relais simple per os après résultats de l'antibiogramme (1cas).

La Dalacine a été utilisée dans 1 cas et en association avec de l'Amoxicilline.

Un traitement chirurgical a été effectué dans 25 cas sur 28, soit chez 90% des patients.

Le délai de prise en charge varie de 1 à 75 jours après le début des symptômes en sachant que dans le cas des 75 jours, le diagnostic a traîné en longueur avec plusieurs épisodes de cellulite traitée médicalement avant d'envisager la chirurgie.

9 patients ont été traités par voie externe (6 sous maxillaires, 1 rétrostylien, 1 massétérin, 1 rétropharyngé) dont 3 ont bénéficiés d'extractions dentaires associées.

11 patients ont été traités par voie transorale dont 6 abcès sous muqueux, 4 parapharyngés et 1 rétropharyngé.

2 patients ont bénéficiés d'une double voie d'abord transorale première et cervicale externe par la suite.

Les 3 derniers patients ont eu soit une extraction dentaire simple, soit une endoscopie avec ablation de corps étranger.

La durée d'hospitalisation varie de 2 à 35 jours avec une moyenne globale de 10 jours.

Sur le plan bactériologique, il est retrouvé principalement des BGN dans 40% des cas et des cocci gram+ chez 43% des patients.

Les anaérobies stricts sont retrouvés dans 26% des cas.

C. Discussion :

Les études actuelles décrites dans la littérature ont le plus souvent un caractère très ciblé en s'appuyant sur un espace anatomique précis avec un nombre de cas limité à une dizaine de patients.

Il existe cependant des études américaines réalisées à plus grande échelle et synthétisant les données par rapport aux symptômes et à la prise en charge propre des patients ; comme celle de **Parhiscar** (12) qui regroupe 210 patients ayant présenté un abcès profond cervical entre 1981 et 1998 sur la ville de New York

Nous avons choisi délibérément de regrouper nos patients afin de pouvoir étudier un plus grand nombre de cas et de comparer leurs différences tant sur le plan clinique et radiologique que sur leur prise en charge médicale et chirurgicale.

Les abcès cervicaux sont encore de nos jours source de complications sévères liées à un retard diagnostique et une prise en charge inadaptée. Plusieurs études font état d'une recrudescence de cas mis sur le compte d'une augmentation de la virulence des germes en cause par résistance aux antibiotiques (germes producteurs de Bêta lactamases).

Notamment chez l'enfant où les souches de streptocoque du groupe A de sensibilité diminuée à la pénicilline sont de plus en plus fréquentes, surtout en milieu urbain.

De plus, la fréquence d'infections des voies aériennes à répétition, et la difficulté de l'examen clinique chez le nourrisson engendrent des difficultés diagnostiques précises, facilitant la survenue d'abcès cervicaux et principalement rétropharyngés.

Une autre possibilité à cette recrudescence, serait chez l'adulte, l'immunodépression provoquée par le virus du SIDA. (12) : 1/3 des patients présentaient une tare associée dont la majorité était soit un SIDA déclaré, soit une séropositivité de longue date. Toujours est-il que les étiologies des abcès cervicaux sont multiples et que leur survenue est souvent abâtardie par des traitements à l'aveugle.

On distingue cependant deux étiologies principales : pharyngée et dentaire.

Pour **Parhiscar**, la cause principale est de nos jours dentaire. D'après lui, avant l'ère des antibiotiques 70% des abcès étaient d'origine amygdalienne contre seulement 20% d'origine dentaire. Actuellement, dans son étude il ne dénombre que 6,5% d'origine pharyngée contre 43% dentaire. Les causes iatrogènes par toxicomanie seraient plus fréquemment responsables d'abcès cervical que la banale angine (12% contre 6%), même si leur taux a tendance à décroître du fait d'une modification des drogues utilisées (crack > héroïne IV).

Il cite également des causes traumatiques (fractures de mandibules : 5%, Corps étranger : 3,4%), lithiasique (2,8%) ou congénitale (malformation branchiale, laryngopyocèle), causes iatrogène par injection septiques, ou encore par diffusion d'otite moyenne aiguë (abcès de Bézold's) qui reste une complication exceptionnelle (20 cas décrits dans la littérature ces dix dernières années (8) et survenant sur terrain immunodéprimé principalement.

Blaugrund (13) évoque les risques d'abcès du cou après une chirurgie rachidienne ; à priori seuls 3 cas auraient été décrits dans la littérature.

Heller (30) signale les possibilités de blessures pharyngo-oesophagiennes après endoscopie ; soit par mauvaise manipulation, soit par lors d'hyperextension cervicale chez les patients souffrant d'arthrose avec ostéophytose rachidienne. Les zones les plus à risques sont au niveau du rétrocricoïde et de la bouche oesophagienne.

Delap (21) décrit un cas d'abcès rétropharyngé par blessure traumatique de la paroi postérieure du pharynx après efforts de vomissements, provoqués volontairement chez une jeune femme anorexique.

Wai Pak (22) publie deux cas de carcinomes nasopharyngés diagnostiqués tardivement car se présentant sur abcès rétropharyngés

surajoutés et dont l'examen du cavum était libre au départ. Les deux abcès ont été appuyés par TDM et vérifiés par traitement chirurgical. Devant la reprise des symptômes quelques semaines après, de nouvelles explorations ont mis en évidence un carcinome indifférencié du cavum.

Chez l'enfant, les causes traumatiques sont présentes mais nettement inférieures aux infections des voies aériennes supérieures pour les abcès rétropharyngés.

Les abcès parapharyngés et sous maxillaires sont soit par complication d'une pharyngite ou d'une angine, soit par adénite suppurée rompue dans l'espace parapharyngé ou carotidien.

Les causes dentaires se voient plutôt chez l'adolescent et l'adulte.

De notre point de vue, l'étiologie dentaire reste moindre par rapport aux causes pharyngées et l'origine toxicologique est nulle sur les 3 années étudiées.

Nos chiffres concernant les étiologies traumatiques et lithiasiques sont identiques à savoir 2 cas sur nos trente patients, l'un par corps étranger alimentaire, l'autre par lithiase sous maxillaire.

Il est probable que les différences observées entre les études américaines et Françaises proviennent du fait qu'il existe une meilleure prise en charge financière des soins dentaires en France et que la toxicomanie IV est beaucoup moins répandue qu'en outre atlantique.

Sur le plan démographique, nous avons obtenu un groupe homogène avec une représentation de toutes les tranches d'âge en dehors de la décennie des 40-50 ans.

Il en ressort une nette prédominance masculine (64%) identique aux autres études que ce soit françaises ou anglo-saxonnes (53% pour **Parhiscar et Thompson**, 74% pour **Nagy et al.**, 84% pour **Goldenberg et al.**, 69% pour **Potard et al.**).

Les 19-30 ans sont les plus touchés.

Parhiscar l'explique par une négligence des soins dentaires, mais cela n'explique pas la prépondérance d'abcès d'origine pharyngée dans cette tranche d'âge où l'on observe plutôt des abcès parapharyngés, sous muqueux et sous maxillaires.

Les abcès rétropharyngés sont plutôt l'apanage des jeunes enfants (nourrisson de moins de 5 ans) et des personnes âgées comme c'est le cas dans notre étude où nos 3 patients ont plus de 60 ans.

Nous n'avons pas répertorié de cas d'abcès rétropharyngé chez l'enfant mais il est vrai que le nombre d'enfant inclus dans notre étude est faible.

Dodds et Maniglia (33) estiment sur une étude de 93 enfants étalée sur une période de 15 ans, que les abcès périamygdaliens sont les plus fréquents et se voient davantage chez les plus de 12 ans, suivis des abcès sous maxillaires puis des abcès rétropharyngés. Les abcès parapharyngés sont plus rares chez l'enfant comparé à l'adulte.

Aspects cliniques et Facteurs favorisants :

La symptomatologie des abcès cervicaux quelque soit sa localisation peut parfois être trompeuse, en particulier chez le jeune enfant.

La plupart des cas présentés dans la littérature sont souvent de présentation clinique identique avec un empatement cervical diffus évoluant dans un contexte fébrile et accompagné d'odynophagie.

Il existe des cas où le tableau est très bâtarde et le diagnostic non évident.

Siou, (23), relate l'histoire d'un nourrisson de 18 mois hospitalisé pour refus d'alimentation après un traumatisme oropharyngé par objet pointu ; l'examen clinique ORL d'entrée était strictement normal et l'enfant apyrétique, mais en 48h, est apparu un torticolis avec un emphysème prévertébral sur les clichés radiologiques. Un abcès rétropharyngé a été confirmé chirurgicalement.

Aussi conclut-il qu'il est nécessaire de garder à l'esprit le risque d'abcès rétropharyngé après un traumatisme oral que ce soit chez l'enfant ou l'adulte.

D'autres articles font état de cas atypiques du même genre, nous amenant à conclure qu'il est impératif de répéter les examens cliniques à quelques heures d'intervalle et ce pendant plusieurs jours tant que le diagnostic n'est pas foncièrement établi et le patient entièrement cadré.

Lam (2001) cite le cas d'une adolescente de 14 ans, attardée mentale décédée à J6 d'un abcès parapharyngé gauche avec embolie septique cérébrale, et aux antécédents de pharyngite diagnostiquée 15 jours auparavant. L'examen clinique ORL à son entrée était normal...cela donne à réfléchir quant à la rapidité d'évolution d'un processus infectieux négligé trop souvent.

Il n'existe pas de symptomatologie typique associée à un espace anatomique ni de différence significative entre le stade de cellulite et celui d'abcès constitué ⁽³²⁾. **Nagy** mentionne toutefois que les abcès constitués chez l'enfant seraient plus fébriles avec un bombement pharyngé plus proéminent...

Nous pensons que tout peut se voir, et il ne ressort pas de prédominance clinique particulière. Il peut s'agir de dysphagie, dysphonie, Altération de l'état général, fièvre, trismus, torticolis, masse cervicale, détresse respiratoire...
Seule l'anamnèse permet d'orienter le point de départ de l'abcès.

En ce qui nous concerne, la répartition des signes cliniques est équitable chez nos vingt-huit patients.

Quasiment tous sont fébriles ou l'ont été.
Les quelques exceptions sont liées le plus souvent à la prise d'antipyrétiques ou d'antibiothérapies itératives d'efficacité insuffisante.

L'odynophagie est constante ce qui se comprend aisément par l'atteinte inflammatoire des muscles constricteurs du pharynx et/ou de la mastication rendant très douloureuse chaque tentative de déglutition, et survient précocement.

Par contre nous notons que tous nos patients atteints d'abcès sous muqueux ont un bombement pharyngé unilatéral tandis que l'œdème de la luette est inconstant et l'empâtement cervical absent.
Ceci permet de penser que l'apparition de ce dernier symptôme est en faveur d'une rupture de l'abcès dans les espaces adjacents ou que les phénomènes inflammatoires sont déjà plus étendus en cas de cellulite.

Aucun patient n'a présenté de détresse respiratoire, 1 seul se plaignait d'une sensation de gêne mais sans véritable dyspnée et la saturation en O₂ était correcte.

Les signes respiratoires semblent plus s'observer chez l'enfant mais restent toutefois rares puisque **Kirse** relate seulement 4 cas de DRA nocturne sur une étude de 73 enfants entre 1989 et 1998.

Khotari publie le cas d'un nourrisson de 15 mois sub fébrile depuis 10 jours avant l'apparition d'un stridor en décubitus dorsal et d'une tuméfaction cervicale gauche. Les investigations ont mis en évidence un abcès froid à BK rétropharyngé.

D'après **Thomson**, l'apparition d'un stridor chez le nourrisson suspect d'abcès cervical est un signe tardif et marque un retard diagnostic.

Quoiqu'il en soit, l'examen clinique ORL et général doivent être rigoureux, et l'avis d'un odontologue est indispensable dans les meilleurs délais devant toute tuméfaction cervicale fébrile y compris chez l'enfant.

La recherche de facteurs favorisants est tout aussi importante et doit alarmer en cas de patient immunodéprimé, diabétique, voir d'antécédents de prise d'anti-inflammatoire stéroïdiens ou non. En effet 1/3 des patients inclus dans l'étude a bénéficié d'un traitement anti-inflammatoire dans les jours précédents leur hospitalisation dont la moitié était également diabétique.

Les AINS masquent les symptômes d'une infection préexistante et aggravent le pronostic de la maladie, de nombreux cas de fasciite nécrosante ont été décrit quelques heures après la prise d'AINS. Les corticoïdes provoqueraient une chute des monocytes circulant diminuant ainsi leur activité bactéricide. Ils sont formellement proscrits devant tout processus infectieux par certains auteurs (*Dodds et Maniglia,..*)

Examens complémentaires :

Un bilan biologique standard est classiquement réalisé comportant numération sanguine et CRP.

La VS n'est jamais ou presque réalisée en pratique (1 cas sur ~~38~~ dans notre étude)

Les résultats ne diffèrent pas d'autres sepsis.

L'hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles est marquée lorsque l'infection est précoce avec un tableau très parlant d'emblée, les GB sont supérieurs à 18 000 et **Thompson** (11) signale comme facteur prédictif

positif d'abcès profond un taux de GB > à 20 000 ; par contre chez la plupart de nos patients, les GB sont aux alentours de 13 000 et parfois à taux strictement normal alors que le sepsis est prouvé, et ce en majorité chez les diabétiques.

Il convient de se fier d'avantage au taux de polynucléaires neutrophiles.

Il n'y a pas de différence entre les stades de cellulite et d'abcès constitués.

De toute façon le diagnostic sera toujours suggéré par la clinique et l'examen ORL (35) et appuyé par une imagerie.

Les Radiographies du rachis cervical ne sont plus réalisées sauf pour éliminer un diagnostic de corps étranger pharyngé lorsque l'interrogatoire du patient oriente le diagnostic.

Elles sont actuellement désuètes depuis la banalisation de TDM indispensable pour la suite de la prise en charge.

De plus elles doivent pour être permormantes, être effectuées dans certaines conditions qu'il est facile de faire accepter à l'adulte mais guère à l'enfant.

Pour **Lalakela** (35), il faut les réaliser en hyper extension de la tête et en fin d'inspiration, nécessitant des patients compliants...

Dans une étude américaine récente datant de 1999 sur la prise en charge des abcès rétropharyngés de l'enfant, 62% des ORL interrogés, déclarent avoir recours systématiquement aux Radiographies du cou mais seulement 22% s'en servent à des fins diagnostiques et thérapeutiques.

13% opèrent sur radio sans autres investigations.

58% réalisent un TDM cervical de routine.

D'après **Boyer** (10), Les RX donnent des signes indirects, peu spécifiques et ne permettent pas de mettre en évidence une collection justifiable d'un traitement chirurgical.

Dans notre étude, seul 1 patient a bénéficié de radiographies des tissus mous, pour abcès rétropharyngé d'origine traumatique sur corps étranger.

Les clichés montraient effectivement une image hydroaérique avec élargissement des parties molles sur le profil, et une inversion de courbure.

L'état du patient et non pas les signes radiologiques, a de toute façon motivé la réalisation d'un TDM cervical, aussi nous pensons que la

réalisation de clichés RX est inutile en pratique courante dans les centres hospitaliers où le TDM est d'obtention facile et rapide.

Celui-ci s'avère indispensable pour affirmer l'abcès, le topographier, évaluer son extension, ses rapports avec l'axe vasculaire et décider d'un traitement chirurgical transoral ou cervical externe.

Pour **Lalakela**, la sensibilité du TDM est de 90%, 95% pour **Nagy**, et 80% pour **Stone** (31).

Il n'existe pas pour **Boyer** de sous estimation des abcès avec le TDM alors que **Haben** (29) décrit le cas d'un enfant de 3 ans ayant présenté un abcès parapharyngé gauche traité chirurgicalement qui 48h après a été repris au bloc opératoire pour abcès parapharyngé droit cette fois ci qui n'apparaissait pas au 1^{er} TDM préopératoire. D'après lui, il existait très certainement une cellulite parapharyngée droite tandis que le coté gauche était déjà collecté et qui n'a pas été diagnostiquée.

Pourtant **Boyer** donne des critères radiologiques précis concernant l'aspect d'un abcès collecté lequel est entouré d'une coque épaisse et irrégulière, tandis que la cellulite a plutôt un aspect de coulées hypodenses mal limitées.

Kirse a étudié 62 enfants ayant présenté une suppuration cervicale ; tous ont bénéficié d'un TDM et 50 ont évacué du pus lors de l'intervention chirurgicale. Il a étudié la corrélation entre les images radiologiques et les résultats chirurgicaux.

Ses conclusions sont que le rehaussement périphérique au TDM n'est pas un argument de collection purulent car tous sauf 5 patients avaient un rehaussement périphérique au scanner, seulement 50 ont effectivement eu un drainage positif dont parmi eux les 5 sans rehaussement.

Par contre, l'irrégularité des parois de l'abcès est pour lui un facteur prédictif positif plus valable (94%), car elle témoigne d'une évolution plus longue de l'abcès et le risque à terme d'une rupture spontanée et de sa diffusion dans les espaces cellulaires du cou.

Le TDM est l'examen de référence avec une fonction diagnostique, étiologique, thérapeutique et un excellent moyen de surveillance mais il peut parfois être difficile à interpréter notamment pour les abcès sous muqueux.

D'où pour certains auteurs l'utilisation complémentaire de l'échographie ; 7% des ORL procèdent selon la démarche échographie + TDM et décision opératoire en fonction de la corrélation des résultats (35).

Miziara (3) compare les résultats de l'échographie oropharyngée et cervicale externe par rapport à une ponction test du pilier antérieure de l'amygdale dans les phlegmons périamygdaliens (sous muqueux). Sur une étude de 21 patients âgés de 6 à 33 ans, il trouve une sensibilité de 92% et une spécificité de 62% pour l'échographie avec une différence significative des résultats par rapport à la ponction test qui est douloureuse, invasive et dangereuse surtout chez les enfants où la carotide interne se situe entre 5 à 25 mm de la paroi pharyngée.

L'auteur oublie que non seulement cet examen est difficilement réalisable chez l'enfant mais que dans la plupart des abcès sous muqueux, il existe un trismus serré qui ne permet pas une ouverture buccale suffisante au passage de la sonde ou du moins reste très douloureuse.

De plus l'échographie sera toujours opérateur dépendant...

Boyer pense que l'échographie est un examen simple et peu coûteux mais qui reste limité pour apprécier l'extension du processus infectieux et que certaines zones sont inaccessibles aux ultrasons, confirmé par **Stone**.

De notre côté, seulement 60% de nos patients ont bénéficiés d'un TDM cervical préopératoire, dont ^{seulement 2} aucun de nos abcès sous muqueux, puisque soit le diagnostic était évident et les patients ont été drainés chirurgicalement d'emblée, soit les signes cliniques ont régressés rapidement sous traitement médical d'épreuve.

De plus nous avons une certaine réticence à avoir recours au TDM chez l'enfant du fait de l'intensité de l'irradiation. Aussi celui-ci n'est réclamé que lorsque les signes généraux persistent malgré l'antibiothérapie ou si l'état général de l'enfant et son examen clinique ORL s'aggravent, imposant une prise en charge chirurgicale.

Dans ce cas, le TDM est indispensable au choix de la voie d'abord avant de se lancer dans un drainage externe qui peut s'avérer inutile et à risque.

2 abcès parapharyngés ont été drainés par voie transorale sans TDM préopératoire du fait d'un délai d'attente trop long par rapport à l'état général du patient qui nécessitait une prise en charge précoce.

Notre délai moyen de scanner est de 7 jours environ en sachant que les chiffres sont biaisés par les patients au diagnostic abâtardi et d'évolution traînante.

Toutes les études sont unanimes pour dire que le TDM cervical doit être réalisé au moindre doute en urgence avec un délai de 48h maximum.

Sichel (2) n'hésite pas à répéter les TDM cervicaux y compris chez les enfants dans une étude sur la prise en charge non chirurgicale des abcès parapharyngés où il évalue la réponse aux antibiotiques de patients présentant un abcès parapharyngé objectivé par un premier scanner.

Certains de ses patients ont eus 3 TDM à quelques jours d'intervalle ! Ce qui nous semble excessif et extrêmement coûteux, simplement pour signaler que pour certains abcès le traitement médical suffit...

Le TDM doit rester à visée préopératoire afin de différencier la cellulite de l'abcès collecté et en surveillance si besoin, si l'état clinique du patient nous fait douter de la résolution complète du processus infectieux.

L'IRM n'offre pas grand intérêt par rapport au TDM sur le plan « aspect radiologique ».

Elle est préférable chez l'enfant par rapport à l'irradiation, mais en raison de la longueur de l'examen, elle doit être réalisée sous sédation pouvant s'avérer dangereuse chez le nourrisson suspect d'abcès para ou rétropharyngé (aggravation d'une détresse respiratoire).

Chez l'adulte, elle n'a aucun intérêt et est trop onéreuse.

Prise en charge médicale et chirurgicale :

Globalement le fil directeur est le même pour toutes les équipes. Il s'appuie sur la non négligence des symptômes et la rapidité de traitement que ce soit médical ou chirurgical d'emblée.

Il convient de garder toujours à l'esprit l'évolution torpide de ces abcès et de ne pas méconnaître leurs complications qui restent sévères et lourdes de séquelles.

Aussi rien ne doit ralentir la prise en charge.

L'hospitalisation est obligatoire devant toute suspicion d'abcès cervical profond, constitué ou non.

Elle permet des examens cliniques répétés, une surveillance clinique et biologique rapprochées, la réalisation d'une imagerie dans les plus brefs délais et la mise en route d'un traitement antibiotique adéquat par voie intraveineuse chez des patients dysphagiques pour lesquels la voie orale est inappropriée.

Ensuite chaque équipe a son protocole propre à l'enfant ou à l'adulte.

Lalakela ⁽³⁵⁾ publie après référendum international chez des médecins ORL pédiatrique que 31% assurent une triple ATBth IV devant toute suspicion d'abcès rétropharyngé sans détresse respiratoire, et avant tout drainage chirurgical, tandis que 26% déclare effectué un traitement chirurgical d'emblée.

22% pensent que l'antibiothérapie seule ne suffit pas et qu'un traitement chirurgical est obligatoire.

Seulement 7% estiment que l'ATBth permet de différencier une cellulite d'un véritable abcès. La première régresserait sous traitement médical simple ; le deuxième, non....

L'ATBth se doit d'être à large spectre du fait des difficultés diagnostiques dans certains cas et parce que pour eux 88% des abcès rétropharyngés de l'enfant sont polymicrobiens à la culture.

73 à 94% des ORL optent pour une voie transorale dans les abcès rétropharyngés. La voie externe est réservée lorsque d'autres espaces sont atteints.

Il est décrit 90% de succès lors du traitement ponction + ATBth contre 99% pour un drainage chirurgical + ATBth.

Thomson ⁽¹¹⁾ estime qu'il existe une baisse de 75% du traitement chirurgical entre 1950 et 1990 avec une moyenne de 5% par an.

Probablement grâce au TDM qui permet de réfuter un certains nombre de candidats à la chirurgie et aux antibiotiques à large spectre.

La pénicilline reste très employée mais a tendance à être supplantée par l'association de C3G + aminoside pour les abcès rétropharyngés de l'enfant.

Dodds et maniglia ⁽³³⁾ débutent par 6h d'antibiothérapie IV avec une réhydratation correcte dès que le diagnostic d'abcès sous muqueux est posé puis une amygdalectomie à chaud est réalisée en l'absence d'amélioration, elle peut être uni ou bilatérale...

Pour les abcès rétropharyngés de l'enfant, ils préconisent une prise en charge en secteur de réanimation.

Pour les abcès parapharyngés, ils préfèrent une voie externe large avec un débridement du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien jusqu'à l'os hyoïde.

Sur le plan bactériologique, les streptocoques sont trouvés préférentiellement dans les abcès rétropharyngés et sous muqueux, tandis que le staphylocoque A est l'apanage des abcès sous maxillaires. Leur ATBth associe Pénicilline ou C3G et métronidazole IV avec un relais per os d'au moins 8 jours après la sortie.

Nagy (32) pense que la simple ponction par voie externe pour les tuméfactions cervicales parapharyngées est inefficace et dangereuse, et que le TDM est indispensable avant d'envisager une voie transorale. Par contre pour les abcès rétropharyngés, son approche est d'évaluer la quantité de pus lors d'une ponction test. Si le volume est $<$ à 2 cc alors un simple traitement médical est poursuivi par double antibiothérapie IV (Clindamycine et ceftriaxone) ; Si le volume est $>$ à 2 cc ou pas d'amélioration après 48h de TT, le drainage chirurgical est envisagé également par voie transorale.

Pour l'abcès parapharyngés, la voie transorale est possible si l'abcès est proche du mur pharyngé latéral ; par contre s'il est trop latéralisé, il vaut mieux envisager une voie externe car le risque de blessure carotidienne ou nerveuse est trop important.

Parhiscar (12) effectue une prise en charge identique pour les abcès parapharyngés, sous maxillaires ou du plancher de bouche, à savoir une voie externe avec un drainage large associé à une double antibiothérapie IV.

Par contre la voie transorale est préférée pour les abcès rétropharyngés à condition que la liberté des voies aériennes soit assurée.

Il met en garde contre le risque d'ensemencement septique pulmonaire lors du drainage de l'abcès.

Sichel (2) a étudié 7 patients dont 6 enfants ayant présentés un abcès parapharyngé pur confirmé par TDM traités uniquement médicalement. L'antibiothérapie utilisée était l'association amoxicilline/acide clavulanique en IV ou per os.

Les patients étaient réévalués au bout de 48h par examen clinique et/ou TDM.

La majorité s'était améliorée pendant ce délai, les 2 restant ont mis 4 jours.

Aucune complication n'a été notée.

En fait cette étude me semble biaisée car les patients ont été sélectionnés sur leur réponse à l'antibiothérapie et **Sichel** reconnaît que le TDM réalisé à l'entrée était plutôt en faveur d'une cellulite portant sur le mur postérieur de l'espace parapharyngé. En cas d'atteinte du mur antérieur, les patients étaient exclus.

Il aurait été intéressant de faire une étude plutôt prospective permettant de comptabiliser et de comparer le nombre de patient ayant nécessité une intervention chirurgicale versus traitement médical simple et de corrélérer les résultats aux données du TDM afin d'obtenir un pourcentage de référence de l'efficacité du traitement médical simple.

Il conclue cependant qu'il est difficile de faire la part des choses du fait du risque de complication vasculaire possible si on laisse évoluer un abcès, même si d'après lui seulement deux cas de pseudoanévrisme recensés dans la littérature depuis 1992.

En clair, un traitement d'épreuve de 24 à 48h est préconisé avant d'envisager un abord chirurgical.

Haben (29) (article de novembre 2000) déclare que les abcès parapharyngés de l'enfant sont traités par triple antibiothérapie (C3G, Clindamycine, et aminosides) et que la décision d'opérer doit se faire sur l'état clinique du patient et non pas sur l'aspect radiologique...

Pour lui le traitement chirurgical des abcès froids n'est envisagé qu'en cas de détresse respiratoire ou d'altération de l'état général majeur...

J'avoue ne pas avoir compris ce qu'il entendait par là et je ne suis pas d'accord avec ses indications opératoires car il n'y a pas réellement de différence clinique entre la symptomatologie d'une cellulite et celle d'un abcès que seul l'imagerie peut déterminer. De plus, la majorité des études sont unanimes pour reconnaître que le TDM est indispensable avant d'envisager le traitement chirurgical.

La clinique ne permet pas de savoir si l'abcès est purement localisé à un espace et s'il n'existe pas un risque vasculaire associé.

Le TDM permet justement d'évaluer et de ne pas retarder une prise en charge chirurgicale.

Nielsen (27) pose le problème dans le traitement chirurgical des abcès sous muqueux si l'amygdalectomie à chaud est un bon moyen thérapeutique ou s'il faut préférer une ponction aspiration première et l'amygdalectomie à froid.

Pour lui, l'amygdalectomie à chaud permet un meilleur guidage chirurgical à l'évacuation de l'abcès, par contre il admet qu'il existe un fort risque de diffusion de l'infection.

Le patient étudié était déjà au stade de médiastinite lorsqu'il a été opéré, aussi Nielsen ne sait pas si l'intervention aurait prévenu cette complication si elle avait été réalisée avant...

Pignat ⁽⁴⁾ associe une triple antibiothérapie IV dans le traitement des cellulites cervicales diffuses qui doit être massif et prolongé, à un traitement chirurgical d'urgence.

Un deuxième temps peut être nécessaire en cas de persistance des signes généraux ou d'extension médiastinale.

En ce qui nous concerne, 90% de nos patients ont bénéficiés d'un traitement chirurgical avec des chiffres identiques pour la voie externe ou la voie transorale mais avec une majorité de voie cervicale pour les abcès sous maxillaires et cervical antérieur tandis que la voie transorale a été utilisée pour les abcès sous muqueux et surtout chez 4 abcès parapharyngés.

Dans les 4 cas d'abcès parapharyngés traités par voie transorale, tous eu une amygdalectomie à chaud ainsi que dans 2 abcès sous muqueux. Dans 2 cas l'amygdalectomie fut bilatérale.

Il n'y a pas eu de complications secondaires postopératoires.

Le traitement chirurgical, quelque soit la voie d'abord a toujours (sauf dans un cas) été précédé d'une période de traitement médical d'épreuve pendant au moins 24h.

La seule exception est celle d'un abcès sous muqueux drainé le jour même de la consultation et donc du diagnostic, sous anesthésie locale.

Le traitement médical a été majoritairement une double antibiothérapie IV pendant au moins 48h avec un relais per os pour une durée au total de 10 jours en moyenne.

Nous avons comme Pignat traités par triple antibiothérapie les deux cas de médiastinite associés à une prise en charge en service de réanimation.

Sur le plan du choix de l'antibiothérapie, notre étude ne diffère pas des autres et l'association pénicilline/métronidazole est largement prescrite.

Notre prise en charge enfants/ adulte est identique avec toutefois une tendance à administrer une double antibiothérapie même avec des signes cliniques modérés chez l'enfant, le vieillard ou le diabétique...

Nous avons déterminé ainsi une conduite thérapeutique type qui doit pouvoir être adaptée en fonction des cas.

Pour tout patient suspect d'abcès cervical :

- L'hospitalisation est obligatoire après un examen clinique minutieux noté, voire après réalisation de marque cutanée au stylo en cas d'inflammation localisée de la peau.
- Prescription d'un bilan biologique préopératoire et demande d'un TDM cervical en urgence.
- Instauration d'un traitement médical avec réanimation et antibiothérapie IV par pénicilline/métronidazole en l'absence d'allergie, sinon la clindamycine a un spectre adapté aux anaérobies et aux streptocoques et peut être utilisé même chez l'enfant.

Un aminoside est associé pour les triples antibiothérapies pendant 4 à 5 jours et sans dépasser 10 jours.

- En l'absence de collection au TDM et avec un état général satisfaisant, le traitement médical est poursuivi 10 jours. Le relais per os peut être entrepris lorsque la dysphagie est moindre ainsi que le retour à domicile après contrôle des signes inflammatoires cliniques et biologiques.
- En présence de collection à l'imagerie, le traitement chirurgical est envisagé.

La voie transorale sera utilisée pour les abcès sous muqueux, rétropharyngés, et parapharyngés purs avec une ponction première prudente suivi d'un drainage en cas d'émission de pus. L'amygdalectomie à chaud reste discutée mais peut donner de bons résultats chez un patient surveillé étroitement en post opératoire.

La voie externe est réservée aux abcès de la loge carotidienne, parotidienne, sous maxillaire, parapharyngée très latéralisée, et en cas d'atteintes de plusieurs espaces ou devant un tableau de complication septique à distance ou hémorragique.

- Des lavages sur lames externes laissées en place sont maintenus 3 à 4 jours jusqu'à ce les liquides reviennent clairs.

CONCLUSION

L'imagerie devenue indispensable dès la moindre suspicion d'abcès péripharyngés a permis de revoir une nouvelle classification anatomique plus élargie et adoptée sur le plan international.

Toute attitude chirurgicale ne doit être envisagée qu'après preuve radiologique de l'existence d'une suppuration cervicale unique ou étendue à plusieurs espaces profonds afin d'éviter un drainage insuffisant ou de nier la possibilité de complications toujours lourdes de conséquence.

En particulier aux âges extrêmes de la vie puisque le diagnostic est délicat chez l'enfant et que les formes extensives rapides et massives sont fréquentes chez le vieillard.

En effet, malgré une prédominance de cas chez l'adulte jeune, il persiste un caractère bipolaire de formes graves dans l'incidence des suppurations cervicales, liées pour les plus jeunes à un examen clinique insuffisant et pour les plus âgés à une négligence de leurs symptômes et qui de surcroît présentent une fréquence accrue de facteurs de risques favorisants.

A la différence de nos ancêtres qui ne bénéficiaient pas encore de l'antibiothérapie, et qui redoutaient l'abcès dès le premier signe oropharyngé, la tendance actuelle banalise et le diagnostic s'effectue à un stade déjà trop évolué.

La prise en charge reste la même depuis des décennies et doit aboutir à une amélioration précoce de la symptomatologie.

Par le respect des espaces anatomiques, le processus infectieux à l'inverse d'un processus tumoral destructif, peut être évacué dans sa totalité après ouverture d'une seule loge, tout en assurant l'intégrité de son contenu.

Bibliographie :

1. POTARD G, MARIANOWSKI R, FORTUN C, et al.- Cellulites de la face et du cou.- A propos de 13 cas.- JFORL, 2000 ; 49, 6, p.325-336.
1. SICHEL J-Y, DANO I, HOCWALD E, et al.- Nonsurgical Management of Parapharyngeal Space Infection : A Prospective Study.-The Laryngoscope, 2002, 112, p.906-910.
2. MIZIARA D, KOISHI H.U, ZONATO A.I, et al.- Utilisation de l'évaluation ultrasonique dans le diagnostic des abcès péri amygdaliens.- Rev Laryngol. Otol Rhinol., 2001, 122, 3, p.201-203.
3. PIGNAT J-C, HAGUENAUER J-P, NAVAILLES B,- Les cellulites cervicales diffuses, spontanées à anaérobies.- Revue de Laryngologie, 1989, 110, 2, p.141-143.
4. MARTY-ANE C-H, ALAUZEN M, ALRIC P, et al.- Descending necrotizing mediastinitis, advantage of mediastinal drainage with thoracotomy.-The journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 1994, 107, p.57-61.
5. DESFOUGERES J-C, BIBAS D, GIRARG M, et al.- Erosion septique de l'artère carotide interne et phlegmon rétro-stylien, a propos d'un cas.- Ann. Oto-Laryng., 1992, 109, p.369-372.
6. WOTOWIC P, WILDES T-O.- Spontaneous tonsillar hemorrhage.- The Laryngoscope, April 1988, p.365-368.
7. MEVIO E, CALABRO P, DE PAOLI F, et al.- Complications régionales rares de l'otite moyenne chez un jeune patient atteint de sida : abcès rétro pharyngien et mastoïdite de Mouret.- Rev Laryngol. Otol. Rhinol., 1998, 119, 3, p.199-202.
8. DANIEL J. LEE, LITTLE J, TUNKEL D.- Otorrhea from lateral extension of a retropharyngeal abscess.- Otolaryngology Head and Neck Surgery, 2000, 123, p.639-640.
9. BOYER J-C, HELENON O, COSTE A, et al.- Apport de la tomodensitométrie dans l'exploration des suppurations cervicales.- Ann. Oto-Laryngol. Chir. Cervicofac., 1994, 11,p.59-68.
10. THOMPSON J, COHEN S.- Retropharyngeal abscess in children: A retrospective and historical analysis.- The Laryngoscope, june1988, p.589-592.

11. PARHISCAR A, HAR-EL G.- Deep neck abscess: A retrospective review of 210 cases.- *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 2001, 110, p.1051-1054.
12. KURILOFF D, BLAUGRUND S, RYAN J, et al.- Delayed neck infection following anterior spine surgery.- *The Laryngoscope*, September 1997, p.1094-1097.
13. KIRSE D, ROBERTSON D.- Surgical management of retropharyngeal space infections in children.- *The Laryngoscope*, August 2001, 111, p.1413-1422.
14. KOTHARI P, KUMAR T, JIWANE A, et al.- A unusual cause of stridor : retropharyngeal cold abscess.- *pediatric Surg Int*, 2002, 18, p.165-167.
15. MAINI S, BROWN M, ALI O, et al.- Acute tonsillitis complicated by retropharyngeal and thyroid abscess infected with de-repressed B lactamase *Citrobacter mutans*.- *The Journal of Laryngology and otology*, 2001, 115, p.327-329.
16. KOBAYASHI K-I, HARUTA T, KUBOTA M. et al.- A case of retropharyngeal abscess caused by Penicillin-resistant *Streptococcus pneumoniae*.- *J Infect.*, 2002, 44, 4, p.267-269.
17. CHROBOK V, CELAKOVSKY P, NUNEZ-FERNANDEZ D, et al.- Acute purulent thyroiditis with retropharyngeal and retrotracheal abscess.- *The journal of Laryngology and Otology*, 2000, 114, p.151-153.
18. HARRIES P.- Retropharyngeal abscess and acute torticollis.- *The Journal of Laryngology and Otology*, 1997, 111, p.1183-1185.
19. GOLDENBERG D, GOLZ A, JOACHIMS H,- retropharyngeal abscess: a clinical review.- *The Journal of laryngology and Otology*, 1997, 111, p.546-550.
20. DELAP T, GRANT W, DICK R, et al.- Retropharyngeal abscess- an unusual complication of anorexia nervosa.- *The Journal of Laryngology and Otology*, 1996, 110, p.483-484.
21. WAI PAK M, LAI CHAN K, VAN HASSELT C,- Retropharyngeal abscess. A rare presentation of nasopharyngeal carcinoma.- *The Journal of Laryngology and Otology*, 1999, 113, p.70-72.
22. SIOU G, YATES P,- Retropharyngeal abscess as a complication of oropharyngeal trauma in an 18-month-old child.- *The Journal of Laryngology and Otology*, 2000, 114, p.227-228.

23. YU LAM Y, IU PING P, et al.- A case of fatal pharyngitis.- *Int. J. of Pediatric Oto Rhino Laryngology*, 2002, 62, p.257-260.
24. CONSTANTIDINES H, PASSANT C, WADDELL A.N,- Mycotic pseudoanévrism of common carotid artery mimicking parapharyngeal abscess.- *The Journal of Laryngology and Otology*, 2000, 114, p.796-797.
25. BROOKES A, MORIARTY A,- Pharyngeal abscess presenting with upper airway obstruction and atlanto-axial subluxation in a small infant.- *Anaesthesia*, 2000, 55, p.469-471.
26. NIELSEN T, CLEMENT F, ANDREASSEN U.K,- Mediastinitis- A rare complication of a peritonsillar abscess.- *The Journal of Laryngology and Otology*, 1996, 110, p.175-176.
27. BHARGAVA S, GUPTA S,-Large retropharyngeal cold abscess in an adult with respiratory distress.- *The Journal of Laryngology and Otology*, 1996, 164, p.157-158.
28. HABEN C, CAMPISI P, SWEET R,- Sequential parapharyngeal abscess.- *Int. J. Pediatric Otorhinolaryngology*, 2001, 57, p.255-258.
29. HELLER A, HOHL R, MADHAVAN T, et al.- Retropharyngeal abscess after Endoscopic retrograde Cholangiopancreatography : An uncommon but potentially fatal complication.- *Southern Medical Journal*, 1978, 71, 2, p.219-221.
30. STONE M, WALNER D, KOCH B, et al.- Correlation between computed tomography and surgical finding in retropharyngeal inflammatory processes in children.- *Int. J. Pediatric of Otorhinolaryngology*, 1999, 49, p.121-125.
31. NAGY M, PIZZUTO M, BACKSTROM J, et al.- Deep neck infections in children: A new approach to diagnosis and treatment.- *The Laryngoscope*, December 1997, 107, p.1627-1634.
32. DODDS B, MANIGLIA A.- Peritonsillar and neck abscesses in the pediatric group.- *The Laryngoscope*, 1998, September 1988, p.956-959.
33. TAKOUCDES T, HADDAD J.- Retropharyngeal abscess and Epstein-Barr virus infection in children.- *Ann Oto Rhinol Laryngol*, 1998, 107, p.1072-1075.
34. LALAKEA M, MESSNER A.- Retropharyngeal abscess management in children current practices.- *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 1999, 121, p.398-405.

35. SAUVAGE J-P, PUYRAUD S, ROCHE O.- Suppurations peripharyngées de l'enfant et de l'adulte : aspects actuels.- JFORL, 2000, 49, 3, p.145-149.
36. BEAUVILLAIN DE MONTREUIL C, BORDURE P, FERRI LAUNAY ML.- Chirurgie de l'espace parapharyngé. - Encycl. Méd. Chir., Techniques chirurgicales – Tête et cou, 46-490, 2001, 8 p.
37. MARTINEZ GEORGES – Abscesses graves de la face et du cou : intérêt de l'oxygénothérapie hyperbare. Thèse de doctorat en médecine. – Aix Marseille, université d'Aix Marseille, 1992.
38. BONFILS P, CHEVALLIER J-M. – Anatomie ORL. – Paris : Flammarion, 1998. – 3 vol., 402 p.
39. ROUVIERE H, DELMAS A. – Anatomie humaine. – 13^{ème} éd. – Paris : Masson, 1991. – 1 vol., 608 p.
40. GARABEDIAN E-N, BOBIN S, MONTEIL J-P, TRIGLIA J-M. – ORL de l'enfant. – Paris : Flammarion, 1996. - 391 p.
41. HARNSBERGER H. – Handbook of head and neck imaging. – 2^{ème} éd. – Saint Louis, USA: Mosby, 1995. – 556 p.
42. APPIT, "Infection et immunité anti-infectieuse". In : APPIT, Ed. E. PILLY, Montmorency : 2M2 Ed ; 1997 : pages 9-18.
43. FERRON A. - BACTERIOLOGIE MEDICALE.- 15^{ème} éd. – C et R, 1994. – 472 p.
47. LAGARDE F, PIERROT S, COCHENEC F.- Adénophlegmons rétrostyliens chez l'enfant.-
48. RANERISON HERINTSOA – Cellulites cervico-faciales extensives et anti-inflammatoires non stéroïdiens. Thèse de doctorat en médecine. – Reims, université de Reims, 2000.
49. GEHANNO P. – Les infections en ORL – Ed Pil, 1988 ; - 112 p.
50. CARPENTIER A. – Exposés et schéma d'anatomie – Ed Maloine, 1962 ; - 105 p.

Suppurations cervicales profondes sus hyoïdiennes : aspects cliniques et
démarche thérapeutique à propos de 28 cas. P.

Introduction.....	10
I. Etude anatomique	
Introduction	
I1. Anatomie classique selon Carpentier	11
1. Etage inférieur.....	11
a. Le pharynx	
b. La région amygdalienne	
2. Région profonde	12
a. Espace rétropharyngé	
b. Espace latéro-pharyngé	
I2. Région suprahyoïdienne selon Harnsberger.....	15
A. Espace sous muqueux	19
I Anatomie	19
II Contenu	20
B. Espace parapharyngé	21
I Anatomie	22
II Contenu	23
III Extension	24
C. Espace masticateur	25
I Anatomie	
II Contenu	28
III Extension	29
D. Espace parotidien	30
I Anatomie	
II Contenu	
III Extension	
E. Espace carotidien	34
I Anatomie	
II Contenu	
III Extension	
F. Espace rétropharyngé	40
I Anatomie	
II Contenu	
III Extension	
G. Espace sous maxillaire.....	41

II	Diagnostics radiologiques et différentiels	44
	Introduction	
	A. Sémiologie lésionnelle	45
	B. Espace sous muqueux	46
	1. Maladies inflammatoires	
	2. Tumeurs bénignes	
	3. Tumeurs malignes	
	4. Lésions congénitales	
	C. Espace parapharyngé	49
	D. Espace masticateur	55
	1. diagnostic différentiel	
	2. Lésions	
	E. Espace parotidien	57
	F. Espace carotidien	64
	Diagnostic différentiel : a) Pseudo masses	
	b) Lésions vasculaires	
	c) Tumeurs bénignes	
	d) Tumeurs malignes	
	G. Espace rétropharyngé.....	67
	H. Espace sous maxillaire	69
III	Suppurations cervicales : Symptomatologie classique	72
	Abcès Parapharyngé	
	Sous muqueux	
	Sous maxillaire	
	Ptérygomaxillaire	
	Parotidien	
	Rétrostylien	
	Rétropharyngé	
	1. Formes cliniques particulières.....	78
	2. Complications.....	80
	Voies de diffusion	
	Types de complications : Locales	
	A distance	
	Facteurs favorisants	
III	Aspects bactériologiques.....	85
	1. Physiopathologie	
	2. Flore oropharyngée	
	3. Pouvoir pathogène	
	4. Moyens de défense	

IV Attitude thérapeutique.....	92
1. Hospitalisation	
2. Traitement médical	
3. Traitement chirurgical	
Voie transorale	
Voie externe	
Soins dentaires	
Endoscopie	
4. Oxygénothérapie hyperbare	
V Etude de cas.....	97
A. Introduction	
B. Matériel et méthode	
C. Résultats	
D. Discussion	
VI Conclusion	162

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissante envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Consciente de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Summary :

Cervical abscesses are still a topical subject despite the fact that antibiothérapies are widely prescribed when the slightest infection is suspected in the dental area or in the ear, nose and throat sphere.

Their pathology is sometimes amazing and the appearance of alarming clinical signs is too often neglected, and so responsible for a delay in the diagnosis and then for quick development.

The anatomic complexity of the different cervical rooms, how they communicate with mediastinal areas or with the skull base, explain the extension of the infections processes and the possibility of severe septic complications with a mortality rate still too high up to now.

The etiologies are variable but the starting point is mainly of dental and of tonsil origin.

Every age is bracket is concerned but with a more serious wave among 19-35 people, with a male prominence which seems to go with a lack of good dental care.

The symptomatology is rich but sometimes weakened by previous medical treatments, blindly conducted, imposing a systematic use of imagery, the first choice examination still being scanner with injection.

Indeed, not only does it allow to differentiate the cellulite stage from the collected abscess but it also allows to eliminate a differential diagnosis, to get a precise topography of the infections process, then estimate its extension and detect possible locoregional complications.

Its achievement is indispensable previously to a surgery so as to define the type of abscess and the surgical abscess.

The retropharyngeal , the mucosal, and the parapharyngeal abscesses are preferentially drained through the transoral tract after a first puncture, more or less associated with an emergency tonsil surgery, whereas abscesses of carotid, under maxillary, parotid, and masticator space are drained through external tract during the process of a cervical surgery.

CODRON (Sandrine).- Suppurations cervicales profondes sus hyoïdiennes ; aspects cliniques et démarche thérapeutique à propos de 28 cas. –

RESUME :

Les suppurations cervicales profondes correspondent aux abcès péripharyngés qui restent un sujet d'actualité compte tenu de leur fréquence que n'a pas diminué l'antibiothérapie pourtant prescrite à la moindre suspicion d'infection de la sphère ORL ou dentaire.

Leur diagnostic est parfois difficile et retardé par une symptomatologie négligée et une mauvaise analyse des signes cliniques pharyngés.

Les patients sont très souvent vus à un stade évolué, soit avec une adénite inflammatoire satellite, soit devant une suppuration profonde diffuse.

La complexité anatomique des différentes loges cervicales, leurs communications entre elles et les régions médiastinales ou la base du crâne, explique l'extension des processus infectieux et la possibilité de complications septiques sévères, dont le taux de mortalité reste encore élevé.

Les étiologies sont variables mais le point de départ est majoritairement d'origine dentaire ou amygdalienne.

Toutes les tranches d'âge sont touchées avec cependant une recrudescence chez les 19-35 ans associée à une nette prédominance masculine.

Un diagnostic précis topographique impose le recours systématique à l'imagerie dont l'examen de choix reste le TDM avec injection.

En effet, il permet non seulement de différencier le stade de cellulite de celui d'abcès collecté, mais aussi d'en apprécier l'extension, d'éliminer un diagnostic différentiel et de dépister d'éventuelles complications.

Sa réalisation est indispensable à visée préopératoire afin de déterminer le type d'abcès et la voie d'abord chirurgicale appropriée.

Les abcès rétropharyngés, sous muqueux et parapharyngés purs se drainent principalement par voie transorale après ponction première tandis que les abcès rétrostyliens, sous maxillaires, parotidiens et ptérygo maxillaires se drainent par voie externe au cours d'une cervicotomie exploratrice.

MOTS CLES :

- Suppurations cervicales profondes
- Abcès péripharyngés
- Diagnostic difficile
- Complexité anatomique
- TDM indispensable
- Voie d'abord chirurgicale

JURY : - Président : Monsieur le professeur SAUVAGE Jean-Pierre
- Juges : Monsieur le professeur BESSEDE Jean-Pierre
Monsieur le professeur CHARISSOUX Jean-Louis
Monsieur le professeur CUBERTAFOND Pierre
- Membres invités : Mme le docteur MATHONNET Muriel
Monsieur le docteur ORSEL Stéphane
Monsieur le docteur CHARISSOUX Georges

DATE DE SOUTENANCE : 17 Septembre 2003