

Case report

Cellulite orbitaire compliquant une pansinusite aigue: à propos d'un cas

Issam Serghini^{1,*}, Amine El Moqqadem², Salah Bellasri³, Jaouad Laayoune⁴, Jalal Hamama⁵, Mohamed Boughalem¹

¹Pôle Anesthésie- Réanimation, Hôpital Militaire Avicenne, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, 40010 Marrakech, Maroc, ²Service Anesthésie- Réanimation, 5^{ème} Hôpital Militaire Guelmim, Maroc, ³Service de Radiologie, 5^{ème} Hôpital Militaire Guelmim, Maroc, ⁴Service d'Ophtalmologie, 5^{ème} Hôpital Militaire Guelmim, Maroc, ⁵Service de Chirurgie Maxillo-Fasciale et de Stomatologie, 5^{ème} Hôpital Militaire Guelmim, Maroc

*Corresponding author: Issam Serghini, Pôle Anesthésie- Réanimation, Hôpital Militaire Avicenne, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, 40010 Marrakech, Maroc

Key words: Pansinusite, orbitaire, antibiothérapie, chirurgie

Received: 18/10/2015 - Accepted: 06/11/2015 - Published: 02/12/2015

Abstract

Les cellulites orbitaires sont des affections peu fréquentes. Ces infections peuvent être secondaire à une infection oculaire, péri oculaire ou à une septicémie. L'origine sinusienne reste la plus fréquente. Le risque de graves complications mettant en jeu le pronostic fonctionnel et vital nécessite un diagnostic rapide et une prise en charge précoce. Nous rapportons le cas clinique d'une femme de 70 ans connue diabétique, qui a présenté une cellulite orbitaire secondaire à une pansinusite négligée. Le traitement était à la fois médical et chirurgical : antibiothérapie et drainage. L'évolution a été favorable au bout du septième jour. Nous essayons à travers ce cas clinique de souligner la gravité des infections orbitaires et leurs conséquences dramatiques en cas de retard de prise en charge.

Pan African Medical Journal. 2015; 22:321 doi:10.11604/pamj.2015.22.321.8215

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/22/321/full/>

© Issam Serghini et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

La cellulite orbitaire secondaire à une pansinusite est une affection ophtalmique rare. Elle représente 80% des complications des sinusites [1]. Elle est potentiellement grave mettant en jeu le pronostic fonctionnel voire vital [2]. Une prise en charge précoce et adaptée permet d'améliorer le pronostic redoutable de cette affection et d'éviter les séquelles visuelles. Nous rapportons l'observation d'une femme de 70 ans qui a présenté une cellulite orbitaire droite compliquant une pansinusite antérieure.

Patient et observation

Femme de 70 ans, immunodéprimée par un diabète de type I, a consulté pour un œdème palpébral droit et une rougeur périorbitaire évoluant dans un contexte fébrile depuis 06 jours. L'examen clinique trouvait une énorme tuméfaction orbitaire inflammatoire et douloureuse, une nécrose du cantus interne de l'œil, un ptosis, associée à une diplopie et trouble de l'oculomotricité et une fièvre à 3,5°C (**Figure 1**). L'évaluation de l'acuité visuelle était impossible vu l'intensité de la douleur. La patiente a été alors hospitalisée pour cellulite orbitaire. La Biologie a trouvé un syndrome inflammatoire : GB à 16 000 elt/mm³ - une CRP à 120 mg/l et une Glycémie à 3g/dl. La tomodensitométrie crano-orbitaire a montré une pansinusite avec épaississement des parties molles temporale gauche et du cantus interne de l'orbite droit avec respect des éléments intra-orbitaires (**Figure 2, Figure 3**). Sous anesthésie générale au bloc opératoire, la patiente a bénéficié d'une incision sous orbitaire droite, puis d'une necrosectomie au niveau du cantus interne de l'œil droit emportant le tendon palpébral médiane et une partie du muscle orbiculaire. La perte de substance consécutive est laissée sous cicatrisation dirigée (**Figure 4**). La patiente est mise sous tri antibiothérapie par voie intraveineuse pendant 5 jours puis relais par voie orale ceftriaxon 50mg/kg/j, gentamycine 3mg/kg, métronidazol 30mg/kg/j avec équilibration de son diabète. Après des soins et un examen ophtalmologique spécialisé quotidiens pendant sept jours, l'évolution était marquée par une nette amélioration de l'acuité visuelle et régression de la tuméfaction orbitaire.

Discussion

Les cellulites orbitaires constituent les complications les plus fréquentes des sinusites aiguës. Le point de départ est essentiellement ethmoïdal, plus rarement maxillaire et frontal. C'est une pathologie qui touche essentiellement les jeunes de moins de 15 ans [3] et l'adulte entre 60-70 ans avec une prépondérance masculine. Les germes les plus fréquemment observés chez l'adulte sont *Streptococcus pneumoniae* et *Staphylococcus aureus*. Chez l'enfant, on retrouve plutôt de *Haemophilus influenzae*, mais la vaccination a permis de réduire considérablement cette fréquence. L'immunodépression, essentiellement le diabète, constitue un classique facteur favorisant la diffusion de l'infection [4]. Le tableau clinique associe une exophtalmie inflammatoire, un œdème palpébral, une diminution de la motilité oculaire.

L'imagerie est indispensable en cas de suspicion de cellulite orbitaire. Une tomodensitométrie orbitaire avec et sans injection de produit de contraste est l'examen clé du diagnostic positif et parfois étiologique [5]. Elle permet de déterminer la localisation exacte, la taille de la lésion orbitaire et l'état des sinus de la face.

La cellulite orbitaire vraie est une urgence. Il est important qu'elle soit reconnue précocement et traitée de façon énergique. C'est toujours une cause possible de cécité, voire de mortalité en cas de complication(s). Sur une petite série de 23 patients, Hodges et al. rapportent 52 % de cécité et 4 % de mortalité par thrombose du sinus caverneux [6]. Sur une série plus importante de 68 patients, Wane et al. rapportent 26 % de cécité et là aussi, 4 % de décès [7]. La cécité est secondaire à une neuropathie optique mécanique par élévation de la pression intra-orbitaire et/ou à une origine vasculaire par ischémie, une occlusion de l'artère centrale de la rétine, une thrombophlébite ou une origine inflammatoire (neurite infectieuse). Des occlusions vasculaires rétinienne et/ou choroïdiennes, sources d'une baisse d'acuité visuelle, ont aussi été décrites. Enfin, une baisse d'acuité visuelle peut être liée à une kératite d'exposition due à l'exophtalmie ou plus exceptionnellement à des hémorragies et/ou exsudats rétiens [8].

La prise en charge thérapeutique des complications orbitaires des sinusites aiguës est une urgence. Elle repose toujours sur une antibiothérapie à large spectre. La chirurgie se justifie dans les formes collectées [9]. Les décongestionnants et les lavages nasaux par une solution isotonique ou hypertonique restent recommandés

[10]. Les protocoles d'antibiothérapie proposés dans la littérature sont variés. La céphalosporine de troisième génération ou l'amoxicilline-acide clavulanique restent les molécules les plus préconisées. L'adjonction d'un antistaphylocoque majeure se justifie d'emblée ou en absence d'amélioration clinique en cas de suspicion d'un staphylocoque. Les imidazoles pourraient être associés particulièrement chez l'adulte [11].

Les nouvelles quinolones gagnent actuellement de plus en plus d'intérêt du fait de leur bonne diffusion tissulaire et leur rapidité d'action [12]. La durée de l'antibiothérapie intraveineuse est de 7 à 14 jours. Le relais per os est à envisager dès que l'apyrexie est durable, et après la disparition des signes inflammatoires locaux [13]. Cette antibiothérapie per os est d'autant plus longue que les signes cliniques ont mis plus longtemps à s'amender sous traitement parentéral [12]. La place de la corticothérapie dans le traitement des complications orbitaires d'origine sinusienne reste toujours débattue. Les corticoïdes en flash sont proposés en cas de suspicion d'atteinte du nerf optique [13]. Le drainage orbitaire, avec examen bactériologique, est indiqué en cas de collection orbitaire identifiée à la TDM ou devant l'aggravation clinique sous traitement médical bien adapté. Il est classiquement réalisé par voie externe via une orbitotomie médiale.

Conclusion

La prise en charge de la cellulite orbitaire aiguë est une urgence. Son évolution est toujours grave en l'absence d'un traitement médical et chirurgical strict. Un scanner doit être immédiatement réalisé et une antibiothérapie parentérale débutée. En cas de résistance au traitement médical, une décompression par orbitotomie interne peut être nécessaire.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: Tuméfaction orbitaire inflammatoire et douloureuse, une nécrose du cantus interne de l'œil

Figure 2: Perte de substance + bulle d'air au niveau du cantus interne de l'œil droit associé à un comblement du sinus sphénoïdal et des cellules ethmoïdales

Figure 3: Pansinusite: comblement du sinus maxillaire et frontal

Figure 4: Necrosectomie au niveau du cantus interne de l'œil droit emportant le tendon palpébral médiane et une partie du muscle orbiculaire

Références

1. Laure B, Tiguemounine J, Picard A, Goga D. Abscess intra-orbitaire d'origine dentaire. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2004;105(2):125-9. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
2. Harris GJ. Subperiosteal inflammation of the orbit: a bacteriological analysis of 17 cases. Arch Ophthalmol. 1988;106(7):947-52. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
3. Oxford LE, McClay J. Medical and surgical management of subperiosteal orbital abscess secondary to acute sinusitis in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2006;70(11):1853-61. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
4. Mandava P, Chaljub G, Patterson K, Hollingsworth JW. MR imaging of cavernous sinus invasion by mucormycosis: a case study. Clin Neurol Neurosurg. 2001;103(2):101-4. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
5. Gold SC, Arrigg PG, Hedges 3rd TR. Computerized tomography in the management of acute orbital cellulitis. Ophthalmic Surg. 1987;18(10):753-6. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
6. Hodges E, Tabbara KF. Orbital cellulitis: review of 23 cases from Saudi Arabia. Br J Ophthalmol. 1989;73:205-8. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

7. Wane AM, Ba EA, Ndoeye-Roth PA, Kameni A, Demedeiros ME, Dieng M et al. Une expérience sénégalaise des cellulites orbitaires. J Fr Ophtalmol. 2005;28(10):1089-94. **PubMed | Google Scholar**
8. Smelt GJ, Migdal CS. Acute blindness sinusitis. Br Med J (Clin Res Ed). 1983;287(6398):1051-2. **PubMed | Google Scholar**
9. Boivin L, Adenis JP. Infections orbitaires de l'enfant: clinique, imagerie et traitement. JFO. 2009;32(5):368-73. **PubMed | Google Scholar**
10. Brook I. Microbiology and antimicrobial treatment of orbital and intracranial complications of sinusitis in children and their management. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2009;73(9):1183-6. **PubMed | Google Scholar**
11. Gehanno P, Pessey JJ, Serrano E. Efficacité et tolérance de la lévofloxacine dans le traitement des sinusites aiguës bactériologiquement documentées et à risque de complications. Med Mal Infect. 2005;35(6):335-43. **PubMed | Google Scholar**
12. Francois M, Kurkdjian PM, Dupont E, Bingen E. Ethmoidites aiguës extériorisées de l'enfant: à propos d'une série de 125 cas. Arch Pediatr. 2006;13(1):6-10. **PubMed | Google Scholar**
13. Barry B, Ameline E, Thuong M, Brunel F, Pichelin C, Gehanno P. Complications orbitaires des sinusites de l'adulte. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac. 2000;117(1):19-25. **PubMed | Google Scholar**



Figure 1: Tuméfaction orbitaire inflammatoire et douloureuse, une nécrose du cantus interne de l'œil

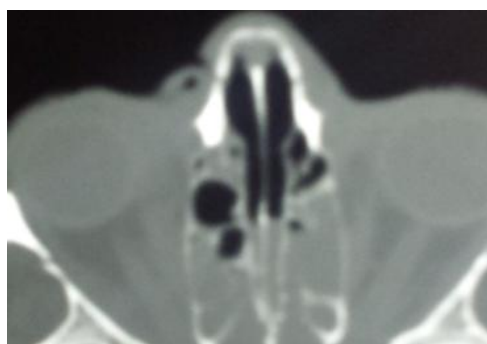


Figure 2: Perte de substance + bulle d'air au niveau du cantus interne de l'œil droit associé à un comblement du sinus sphénoïdal et des cellules ethmoïdales



Figure 3: Pansinusite: comblement du sinus maxillaire et frontal



Figure 4: Necrosectomie au niveau du cantus interne de l'oeil droit emportant le tendon palpébral médiane et une partie du muscle orbiculaire