

Cellulite rétroseptale de l'orbite chez l'enfant : a propos de 25 cas.

Nazih Tzili ⁽¹⁾, Mohammed charif chefchaouani ⁽¹⁾, Mahfoud El khaoua ⁽¹⁾, El hassan Abdallah ⁽¹⁾, Amina Berraho ⁽¹⁾.

(1) Service d'ophtalmologie B, hôpital des spécialités, CHU Ibn Sina, Rabat.

RÉSUMÉ : La cellulite rétroseptale est une inflammation aigue de l'orbite touchant plus fréquemment l'enfant. Les complications sont redoutables nécessitant un traitement précoce et adéquat. Nous rapportons rétrospectivement 25 observations colligées au service d'ophtalmologie B entre janvier 2001 et octobre 2011. Le diagnostic de cellulite rétroseptale est retenu sur les éléments de la clinique et de l'imagerie. L'âge moyen est de 10,5 ans (9 mois à 15 ans). Une exophtalmie est retrouvée chez 23 enfants (92%), une limitation des mouvements oculaires est notée chez 4 enfants (16%) et une hypertonie oculaire chez un enfant (4%). Tous les enfants présentent un œdème palpébral et un chémosis associés à un syndrome fébrile apparus 3 à 7 jours auparavant. Le diagnostic de cellulite orbitaire rétroseptale est confirmé par la tomodensitométrie orbitocérébrale chez tous nos patients avec une cellulite orbitaire chez 21 enfants (84%) associée à un abcès orbitaire chez 2 enfants (8%) et à un abcès sous périoste chez 2 enfants (8%). Concernant la porte d'entrée, 22 enfants (88%) présentent une sinusite (pansinusite dans 52 %). 2 enfants présentent une otite moyenne et un enfant présente une plaie palpébrale. Un traitement à base d'antibiotiques par voie parentérale est instauré chez tous les patients associé à une corticothérapie chez 8 enfants avec une ponction de la collection par une aiguille chaque fois que la collection est profonde et un drainage chirurgical en cas de collection préfistulisée. L'évolution après traitement est satisfaisante chez 19 patients. Des complications sont survenues chez 6 enfants (24%) : une atrophie optique (3 cas), une rétinopathie ischémique avec un œdème maculaire (1 cas), une hémorragie pré-rétinienne (1 cas) et une panophtalmie (1cas). Dans notre étude, la porte d'entrée est dominée par la sinusite, notamment la pansinusite ce qui met le point sur l'importance du retard diagnostique jusqu'à la diffusion vers les autres sinus. Nous soulignons également l'importance des complications fonctionnelles souvent dues à la gravité de l'infection mais aussi au retard diagnostique. Celles-ci sont survenues chez six de nos patients. Le taux élevé des complications fonctionnelles nous pousse à mettre le point sur l'importance de la prise en charge précoce et efficace dans un milieu ophtalmologique spécialisé.

MOTS-CLÉS : Cellulite rétroseptale - Orbite - enfants.

La cellulite rétroseptale est une inflammation aigue de l'orbite touchant le plus fréquemment l'enfant. Les complications sont redoutables nécessitant un traitement précoce. Le but de notre travail est de rappeler les caractéristiques cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives de la cellulite rétroseptale dans notre contexte.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une revue est faite des dossiers de tous les enfants suivis au service d'ophtalmologie B pour cellulite rétroseptale sur une durée de 10 ans (Janvier 2001-octobre 2011). Les enfants ont bénéficié d'un examen ophtalmologique et générale, des examens de pus prélevé par ponction ou au site de fistulisation. D'un bilan biologique infectieux et d'une tomodensitométrie orbito-cérébrale. Le diagnostic de cellulite rétroseptale est retenu sur les éléments de la clinique et de l'imagerie. Sont exclues du travail les cellulites préseptales dont la prise en charge se fait en ambulatoire.

RÉSULTATS

25 enfants ont été pris en charge pour cellulite rétroseptale dans notre série. Parmi eux 60% sont de sexe féminin et 40% de sexe masculin. L'âge moyen des enfants est de 10,5 ans (9 mois à 15 ans). Les différentes manifestations cliniques retrouvées sont : un œdème palpébral et un chémosis apparus 3 à 7 jours auparavant associé à un syndrome fébrile chez tous les enfants (figure 1), une exophtalmie dans 92% des cas, une limitation des mouvements oculaires dans 16 % des cas et une hypertonie oculaire chiffré à 36 mmhg dans 4% des cas. Le diagnostic de cellulite orbitaire rétroseptale a été confirmé par la tomodensitométrie orbito-cérébrale chez tous nos patients (figure 2).

Concernant la répartition selon les différentes localisations : la cellulite orbitaire est majoritaire dans 84% des cas, associée à deux abcès orbitaires (8%) et à deux abcès sous périoste (8%). La sinusite constitue la principale porte d'entrée retrouvée



Figure 1 : œdème palpébrale inflammatoire sur une cellulite orbitaire rétroseptale



Figure 2 : Une coupe frontale d'une TDM orbitocérébrale montrant une sinusite avec Cellulite orbitaire compliquée d'abcès orbitaire refoulant le globe oculaire en inférieure chez un enfant de 15 ans.



chez 22 enfants dominé par la pansinusite chez 13 enfants. Une otite moyenne est retrouvée chez deux enfants et une plaie cutanée palpébrale constitue la troisième porte d'entrée retrouvée chez un enfant (4%).

Des germes ont été isolés dans 6 cas (24%) : streptocoque (3 cas) – Hemophilus influenzae (1 cas) – Bacille gram négative (1cas) – Bacille gram négative (1cas).

Tous les enfants sont hospitalisés pendant une durée moyenne de 13 jours avec une Administration d'antibiothérapie initiale à large spectre par voie parentérale à base d'Amoxicilline-Acide clavulanique ou Ceftriaxone associé à un Aminoside dans 88% et aux antalgiques et aux antipyrétique chez tous les enfants. Une corticothérapie est instaurée chez 8 enfants ayant une composante inflammatoire importante après 48h d'antibiothérapie efficace.



Figure 3 :
Une ponction de la collection profonde à l'aide d'une seringue



Figure 4 :
Photos d'un enfant avant et après un drainage chirurgical d'une collection pré-fistulisée associé au traitement médical.

Une ponction de la collection par une aiguille a été effectuée chaque fois que la collection est profonde (figure 3) et un drainage chirurgical a été effectué en cas de collection pré-fistulisée (figure 4).

L'évolution après traitement est satisfaisante chez 19 patients (76%). Des complications sont survenues chez 6 enfants (24%) : une atrophie optique (3 cas) ; Une rétinopathie ischémique avec un œdème maculaire (1 cas) ; Un accident vasculaire rétinien avec hémorragie rétro-hyaloidienne chez 1 cas (figure 5) ; Une panophtalmie chez un enfant.

DISCUSSION

La cellulite orbitaire est une cause fréquente d'inflammation aiguë de l'orbite. La localisation rétroseptale constitue une urgence diagnostique et thérapeutique.

Sur le plan épidémiologique, nous rapportons 25 cas de cellulite rétroseptale de 1 orbite chez l'enfant en 10 ans, à raison

de 2.5 cas par an. Ailal, dans une étude marocaine casablancaise (1), rapporte 9 cas de cellulite rétroseptale sur une durée de 6 ans. Donahue et Schwartz (2) rapportaient 10 cas en 10 ans de cellulite chez l'enfant. Une expérience sénégalaise rapporte l'incidence de 8.86 cas par an de cellulite chez l'enfant et l'adulte (3).

La symptomatologie clinique à l'admission était dominée par la présence d'un œdème érythémateux caractéristique infiltrant les paupières et la conjonctive, apparus 3 à 7 jours auparavant chez nos enfants, associé à un syndrome fébrile, ainsi qu'une exophtalmie dans 92% des cas. Une limitation des mouvements oculaires dans 16 % des cas. Une hypertension oculaire a été retrouvée chez un enfant ayant régressé après traitement efficace de la cellulite orbitaire. L'appréciation de l'acuité visuelle à l'admission était difficile à chiffrer vu le jeune âge et l'état initial des enfants qui ne coopéraient pas à l'examen et la fermeture palpébrale du à l'infiltration œdémateuse.

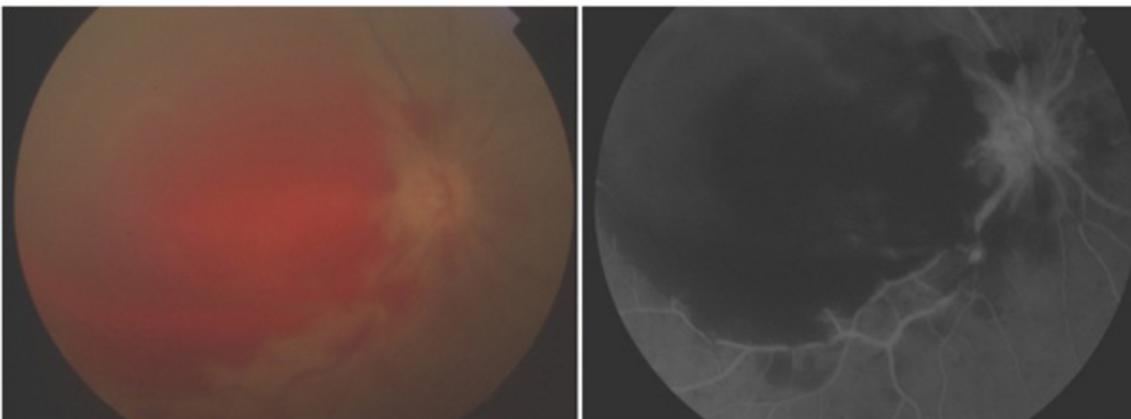


Figure 5 :
Accident vasculaire rétinien grave avec une hémorragie rétro-hyaloidienne compliquant une cellulite rétroseptale.



Le diagnostic de cellulite orbitaire rétroseptale a été confirmé par la tomодensitométrie orbito-cérébrale chez tous nos patients, permettant de définir les différentes localisations de cellulite rétroseptale qui ont été représentées dans notre étude sauf la thrombose du sinus caverneux que nous avons décelé chez un patient âgé de 18 ans exclu du travail.

Sur le plan étiologique, La porte d'entrée des cellulites orbitaires est le plus souvent sinusienne (85 %) ou cutanée (10 %), mais toutes les causes d'infections locorégionales peuvent être retrouvées dans 5 % (4).

Dans notre étude, la porte d'entrée est dominée par la sinusite, notamment la pansinusite ce qui met le point sur l'importance du retard diagnostique jusqu'à la diffusion vers les autres sinus (1). La porte d'entrée auriculaire est exceptionnelle. Celle-ci est survenue chez deux de nos enfants âgés de moins de 2 ans. La porte d'entrée cutanée est moins fréquente dans notre série. Elle est survenue chez un enfant dont l'évolution a été marquée par la survenue d'une panophtalmie.

Les cellulites orbitaires avant l'âge de 5 ans seraient presque toujours dues à une sinusite ethmoïdale et les germes en cause sont l'*Hemophilus influenzae* (5) et le staphylocoque (6). Dans notre étude, le germe le plus retrouvés était le streptocoque mettant le point sur l'importance de l'infection du voisinage (sphère ORL). En revanche, chez l'adulte, les sinusites fronto-ethmoïdales sont les plus pourvoyeuses et l'infection est polymicrobienne (7).

Pour Georges (8), le rôle de l'ophtalmologiste est d'assurer un diagnostic rapide et d'évaluer l'état orbitaire, la motilité oculaire et la vision. Le but du traitement est avant tout d'éviter la formation d'abcès et d'empêcher leur rupture et leur diffusion vers les structures avoisinantes.

Dans cette étude, on a préconisé une administration d'antibiothérapie initiale à large spectre par voie parentérale (Amoxicilline-Acide clavulanique + Aminoside). Une corticothérapie est instaurée chez 8 enfants après 48h d'antibiothérapie efficace ce qui permet de lutter contre l'inflammation, d'améliorer la diffusion des antibiotiques, et de soulager la souffrance du nerf optique.

En plus du traitement médical, Une ponction de la collection par une aiguille a été effectuée chaque fois que la collection est profonde et Un drainage chirurgical a été effectué en cas de collection préféstulisée. On a réalisé une éviscération chez un enfant présentant une panophtalmie.

Concernant le pronostic des cellulites, il est amélioré depuis l'avènement des antibiotiques et la mortalité ne dépasse pas 1-2.5% (9), et quand la prise en charge est précoce et adéquate, la cécité ne survient que chez 3-11% des cas (10).

Dans une expérience sénégalaise (3), Sur 68 patients : trois décès ont été enregistrés et une cécité définitive était notée dans 18 cas (26,4%). dans notre série, nous ne rapportons pas de décès. Néanmoins, nous soulignons l'importance des complications fonctionnelles souvent dues à la gravité de l'infection mais aussi au retard diagnostique. Celles-ci sont survenues chez six de nos patients (24%) avec une cécité unilatérale définitive chez 3 enfants (12%).

La compression nerveuse serait due à une augmentation de la pression orbitaire ou à des facteurs vasomoteurs par irritation des terminaisons trigéminales qui seraient responsables d'angiospasmés surtout au niveau du nerf optique(3).

Enfin, Nous avons remarqué un taux de complications fonctionnelles plus élevées chez les enfants ayant été initialement pris en charge dans les services de pédiatrie ou de l'otorhinolaryngologie (ORL), cela est probablement dus à l'absence d'une surveillance régulière avec un examen ophtalmologique et à la non administration de la corticothérapie en cas de souffrance du nerf optique.

CONCLUSION

Le taux élevé des complications fonctionnelles nous pousse à mettre le point sur l'importance de la prise en charge précoce et efficace dans un milieu ophtalmologique spécialisé, ce qui passe par la sensibilisation des personnels médicaux sur les signes cliniques inauguraux de la cellulite orbitaire rétroseptale chez l'enfant.

BIBLIOGRAPHIES

- 1- F. Ailal, a. Bousfiha, z. Jouhadi, m. Bennani, a. Abid. Cellulites orbitaires chez l'enfant A propos d'une étude rétrospective de 33 cas. *Med Trop* 2004; 64: 359-62.
- 2-Donahue SP, Schwartz G. Preseptal and orbital cellulites in childhood. A changing microbiologic spectrum. *Ophthalmology*, 1998; 105:1902-5.
- 3-A.M. Wane et al. Une expérience sénégalaise des cellulites orbitaires. *Jfo* 2005;28(10):1089-1094.
- 4- L. Boivin, J.P. Adenis. Infections orbitaires de l'enfant : clinique, imagerie et traitement. *Jfo* 2008 ; 32 (5):368-373 - mai 2009.
- 5-Ferrer Novella C, Gonzalez Vœjoi, Melcon Sanchez Frieria B, Puevo Subias M, Vicente Aznar E, Ferrer Novella E et al. Traitement actuel des cellulites orbitaires de l'enfant compliquées d'abcès sous-périostés. *Coup d'Œil Ophtalmol*, 1996;64:12-6.
- 6- Adenis JP, Morax S. Pathologie orbito-palpébrale. Rapport de la SFO. Masson, Paris, 1998; p. 830.
- 7- Harrison HC. Orbital cellulitis with abscess formation caused by sinusitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 1989;98:322-30.
- 8- Georges JL. Cellulites orbitaires, thromphlébite du sinus caverneux, syndrome de Tolosa Hunt. In: Pathologie orbito-palpébrale. Adenis JP, Morax S. Masson, Paris, 1998; p. 423-30.
- 9- G. Ricos Furio, A. Gibert Agulló, W. Youssef Fasheh Acute ethmoiditis. A review of 38 cases *An Esp Pediatr*, 44 (1996), pp. 129-132.
- 10- S. Nageswaran, C.R. Woods, D.K. Benjamin Jr., L.B. Givner, A.K. Shetty Orbital cellulitis in children *Pediatr Infect Dis J*, 25 (2006), pp. 695-699.

