



## Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales dans le service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo

Epidemiological, diagnostic, and therapeutic aspects of cervicofacial cellulitis in the Department of Stomatology and Maxillofacial Surgery at the Yalgado Ouedraogo University Hospital Center

Bazame CBT<sup>1</sup>, Idani M<sup>2</sup>, Coulibaly A<sup>3</sup>, Congo RJ<sup>4</sup>, Kabore Wendpouloumdé AD<sup>2</sup>, Millogo M<sup>2,5</sup>, Konsem T<sup>2</sup>

### Article Original

1. Service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale du CHU de Pala
2. Service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale du CHU Yalgado Ouédraogo
3. Service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale du CHU Régional de Ouahigouya
4. Service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale du CHU de Tengandogo

**Auteur correspondant :** Bazame Clovis Bienfaisance T, Chirurgien maxillo-facial et Stomatologue, Praticien hospitalier au CHU de Pala; 01 BP 676 Bobo-Dioulasso 01; Tél : (00226) 70286297 ; Mail : [bazameclovis@gmail.com](mailto:bazameclovis@gmail.com)

**Mots clés :** cellulite cervico-faciale ; origine dentaire ; antibiothérapie ; drainage chirurgical ; anesthésie locale

**Keywords:** cervico-facial cellulitis; dental origin; antibiotic therapy; surgical drainage; local anesthesia

**Date de soumission:** 13/10/2025  
**Date d'acceptation:** 09/12/2025

### RESUME

**Introduction :** L'objectif de ce travail est de rapporter les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales dans le service de Stomatologie et Chirurgie cervico-faciale du CHU Yalgado Ouédraogo.

**Matériels et méthode :** il s'est agi d'une étude transversale, descriptive, à collecte rétrospective sur une année dans le service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale du CHU Yalgado Ouédraogo, portant sur 127 patients.

**Résultats :** L'âge moyen des patients était de  $42,1 \pm 17,13$  ans. Le sexe-ratio était de 2,34. Le niveau socio-économique était jugé précaire chez 75,60% des patients. Une automédication par AINS ou un recours à l'indigénat a été entrepris par 54 (42,51%) patients. Le délai moyen de consultation était de 10,8 jours. La tuméfaction inflammatoire cervicale et/ou faciale était constante. Il s'est agi d'une cellulite cervico-faciale diffusée chez 67 (52,8%) des patients. Les cellulites étaient d'origine odontogène dans la quasi-totalité des cas (96%). Sur le plan thérapeutique, le traitement médical était fait d'une double antibiothérapie par Amoxicilline-Acide clavulanique + Métronidazole et d'une corticothérapie. Le drainage chirurgical des collections suppurées était souvent réalisé sous anesthésie locale. L'avulsion dentaire était réalisée à chaque fois que la porte d'entrée de l'infection était dentaire. L'évolution était favorable chez 95,27% des patients.

**Conclusion :** Pour une affection éminemment évitable, l'accent doit être mis sur la prévention qui passe par la promotion de la santé bucco-dentaire et la mise en œuvre d'une couverture sanitaire pour tous.

### ABSTRACT

**Introduction:** The aim of this study is to report on the epidemiological, diagnostic, and therapeutic aspects of cervicofacial cellulitis in the Stomatology and Cervicofacial Surgery Department at Yalgado Ouédraogo University Hospital.

**Materials and methods:** This was a cross-sectional, descriptive, retrospective study conducted over one year in the Stomatology and Maxillofacial Surgery Department of the Yalgado Ouédraogo University Hospital, involving 127 patients.

**Results:** The average age of the patients was 42.1 years  $\pm 17.13$  years. The sex ratio was 2.34. The socioeconomic status was considered precarious in 75.60% of patients. Self-medication with NSAIDs or recourse to indigenous remedies was undertaken by 54 (42.51%) patients. The average time to consultation was 10.8 days. Cervical and/or facial inflammatory swelling was constant. Diffuse cervico-facial cellulitis was present in 67 (52.8%) patients. Cellulitis was odontogenic in origin in almost all cases (96%). In terms of treatment, medical treatment consisted of dual antibiotic therapy with amoxicillin-clavulanic acid + metronidazole and corticosteroid therapy. Surgical drainage of suppurative collections was often performed under local anesthesia. Tooth extraction was performed whenever the infection originated in the teeth. The outcome was favorable in 95.27% of patients.

**Conclusion:** For a highly preventable condition, the emphasis must be placed on prevention through the promotion of oral health and the implementation of universal health coverage.

**DOI :** <https://doi.org/10.64294/jsd.v3i4.192>



## Introduction

Les cellulites cervico-faciales sont des infections des loges cellulo-graissées de la face et/ ou du cou, se développant à partir d'une infection banale, le plus souvent dentaire [1-3]. Ce sont des infections polymicrobiennes associant des germes aérobies et anaérobies dont les potentialités extensives peuvent être graves et engager le pronostic vital [4-6]. Si ces affections sont devenues rares dans les pays développés depuis l'avènement de l'antibiothérapie, elles demeurent une préoccupation majeure en milieu hospitalier africain [7-9]. En effet, la précarité du niveau socio-économique des populations des pays en développement conduit à des retards à la consultation, au recours à la médecine traditionnelle ou encore à une automédication par AINS, fait ainsi diagnostiquer ces infections à des stades sévères, nécrosantes, mettant en jeu le pronostic vital [6,8,10]. La guérison se faisant alors parfois au prix de séquelles fonctionnelles et/ ou esthétiques lourdes.

Les cellulites cervico-faciales constituent une urgence médico-chirurgicale. Leur prise en charge est pluridisciplinaire et associent le chirurgien maxillo-facial, ORL, le médecin réanimateur-anesthésiste, le biologiste médical et le chirurgien-dentiste [11-13]. Ce traitement comprend trois volets : un traitement médical fait de mesures de réanimation et d'une antibiothérapie adéquate, un traitement chirurgical permettant le drainage des collections suppurées, la résection des tissus nécrotiques et la reconstruction des pertes de substances séquellaires, et un traitement étiologique visant à éliminer le foyer infectieux [1-5, 11,12].

L'objectif de ce travail est de rapporter les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales dans le service de Stomatologie et Chirurgie cervico-faciale du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.

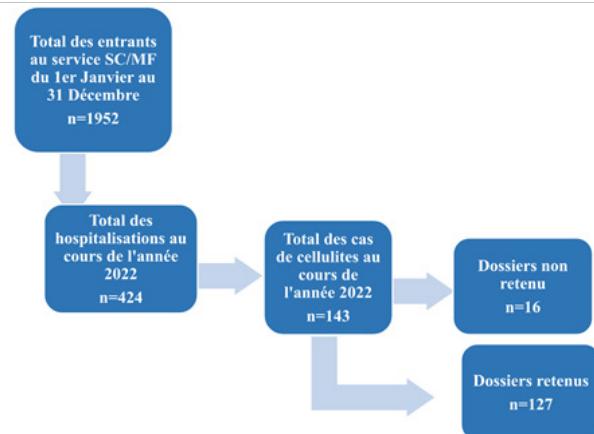
## Matériels et Méthodes

Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive et analytique, à collecte rétrospective s'étalant du 01 Janvier au 31 Décembre 2022 dans le service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo. Cette étude a inclus tous les patients pris en charge pour cellulite cervico-faciale, dont les dossiers cliniques étaient exploitables. Les variables étudiées étaient d'ordre épidémiologique (âge, sexe et niveau socio-économique des patients), diagnostiques (délai de consultation, facteurs favorisants, formes anatomo-cliniques, bilans biologiques et radiologiques) et thérapeutiques (modalités thérapeutiques et évolutives). Les dossiers cliniques des patients et les registres de compte rendu opératoire étaient les sources des différentes variables d'intérêt. Les données recensées ont été recueillies à l'aide d'une fiche de collecte établie à cet effet. L'analyse des

données a été faite à l'aide du logiciel Epi-info dans sa version 7.2.2.6.

## Résultats

Durant l'année de cette étude, 143 cas de cellulites cervico-faciales ont été enregistré, soit 7,33% de l'ensemble des patients admis en consultation stomatologique. L'incomplétude de certains dossiers a conduit à l'exclusion de 16 cas. L'échantillon de notre étude était donc constitué de 127 patients. La figure 1 donne le flux des patients répertoriés dans le service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale du CHU Yalgado Ouédraogo durant l'année 2022. L'âge des patients variait de 16 à 80 ans, avec une moyenne d'âge de  $42,1 \text{ ans} \pm 17,13 \text{ ans}$ . Le sex-ratio était de 2,34, soit 70% d'hommes (N=89) et 30% de femmes (N=38). Le niveau socio-économique était jugé défavorable chez 75,60% des patients. Une automédication a été entreprise par 42,51% des patients (N=54) au début de la symptomatologie. Il s'est agi de la prise d'anti-inflammatoire en monothérapie chez 44 patients ou d'un recours à des produits indigènes chez 11 patients.



**Figure 1 :** diagramme de flux des patients admis en consultation stomatologique durant la période de l'étude

Sur le plan diagnostique, le délai de consultation variait de 4 à 29 jours avec un délai moyen de  $10,8 \text{ jours} \pm 4,7 \text{ jours}$ . La tuméfaction cervicale et/ ou faciale inflammatoire était la présentation clinique commune chez 96,10% des patients (N=122). Le tableau I fait la répartition des patients selon leur motif de consultation, plusieurs signes pouvant être associés chez le même patient. L'état général était bon chez 56,70% des patients (N=72) tandis que 31,50% des patients (N=50) avait un état général altéré à leur admission. L'hygiène bucco-dentaire était médiocre chez 95,30% des patients (N=121) avec issue de pus au collet d'une dent carieuse chez 48% d'entre eux (N=60). Pour ce qui est des formes cliniques, 52,8% des patients (N=67) présentaient une cellulite cervico-faciale diffusée tandis qu'il s'est agi d'une cellulite cervico-faciale circonscrite chez 40,90% (N=52) et d'une cellulite diffuse chez

6,3% patients (N=8). Dans cette étude, les cellulites cervico-faciales étaient principalement secondaires à une infection dentaire chez 96% patients (N=122). Un bilan radiologique était systématique réalisé. La radiographie panoramique dentaire, prescrite chez l'ensemble des patients, a retrouvé une carie dentaire chez 96% patients (N=122) et une fracture mandibulaire chez 3 patients. La tomodensitométrie, réalisée chez 3 patients, avait mis en évidence une médiastinite chez 2 patients et une cellulite cervico-faciale avec extension orbitaire et atteinte du nerf optique chez 1 patient. Une étude cytobactériologique de pus a pu être réalisée chez 20 patients. Cette étude était négative chez 16 patients, et a isolé *Staphylococcus sp* chez 2 patients, *staphylococcus aureus* chez 1 patient et *streptococcus epidermidis* chez 1 patient.

**Tableau I** : répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif (n)	Fréquence (%)
<b>Tuméfaction cervicale et/ou faciale</b>	<b>122</b>	<b>96,1</b>
Dysphagie	31	24,4
Douleurs dentaires	22	17,3
Dysphonie	17	13,4
Nécrose étendue	3	2,4
Fistule endobuccale	2	1,6
Dyspnée	1	0,8

Sur le plan thérapeutique, le traitement médical des cellulites cervico-faciales a consisté à la mise en route systématique d'une bi-antibiothérapie probabiliste, faite d'amoxicilline + acide clavulanique associée au méthronidazole, chez l'ensemble des patients ; une tri-antibiothérapie probabiliste associant de la gentamycine était instituée chez 2 patients. Une corticothérapie était prescrite chez 124 patients et un traitement antalgique, essentiellement de palier I, était institué chez tous les patients. Huit (08) patients ont bénéficié d'une réanimation faite d'oxygénothérapie et d'une correction de troubles électrolytiques. Le traitement chirurgical a consisté en une incision drainage des collections suppurées chez 97,6% des patients (N=124) et à une nécrosectomie chez 2,4% des patients (N=3). Ce traitement chirurgical était réalisé sous anesthésie locale chez 96,9% des patients (N=123) et sous anesthésie générale chez 3,1% patients (N=4). Les complications médiastinale et oculaires ont été pris en charge en collaboration avec d'autres spécialités. Quant au traitement étiologique, il a consisté en une extraction dentaire chez 96% des patients (N=122) et à la prise en charge d'une fracture mandibulaire chez 3 patients. Les cas de parodontopathies ont bénéficié d'une mise en état de la cavité buccale par l'équipe de chirurgie dentaire.

Dans cette série, 95,27% des patients (N=121) ont évolué favorablement. Toutefois, une mortalité

de 4,72% a été rapportée. Le délai moyen d'hospitalisation était de 9 jours  $\pm$  3,9 jours avec des extrêmes de 1 et 29 jours.



**Figure 2** : patient de 37 ans présentant une cellulite cervico-faciale et thoracique d'origine dentaire avec nécrose étendue, laissant soudre du pus (A et B) qui a bénéficié d'un drainage + nécrosectomie au lit sous anesthésie locale (C).

## Discussion

Les cellulites cervico-faciales demeurent une entité assez courante de la pathologie infectieuse maxillo-faciale en milieu hospitalier africain [1,2,11,14,15]. L'incidence annuelle rapportée dans cette étude sous-estime fortement la prévalence de ces infections dans nos services de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale. En effet, outre les patients exclus pour incomplétude des dossiers cliniques, il existe dans la ville de Ouagadougou deux autres CHU disposant de chirurgiens maxillo-faciaux qui reçoivent également des cas d'infections de la face. Cependant, la prévalence rapportée dans cette série corrobore celle notée par plusieurs auteurs africains [2,5,11,14,16]. La littérature africaine décrit les cellulites cervico-faciales comme étant l'apanage du sujet jeune, de sexe masculin, vivant dans des conditions socio-économiques précaires [1,2,5,10]. Les résultats de cette série sont en concordance avec cette observation.

Les cellulites cervico-faciales peuvent bien survenir chez un sujet jeune en bonne santé apparente. Toutefois, certains facteurs sont bien connus pour favoriser la survenue des cellulites cervico-faciales. Il s'agit entre autres des terrains fragilisés sur le plan immunitaire (diabète, immunodépression au VIH, traitement immunosuppresseur, HTA), la mauvaise hygiène bucco-dentaire, la prise d'AINS en monothérapie pour des infections bucco-dentaires banales [1,5,17,18]. Le recours aux produits indigènes est une particularité en milieu hospitalier africain [8,11]. Tout comme la plupart des auteurs

africains, cette étude confirme l'incrimination de ces facteurs dans le développement des cellulites cervico-faciales. La précarité des patients rapportée dans toutes les séries africaines justifierait les initiatives d'automédication constatée dans cette étude. Les anti-inflammatoires en raison de leur propriété antalgique masquent la sévérité de l'infection et favorisent la survenue de l'infection en inhibant l'immunité [12]. Ainsi, l'infection qui était jusque-là circonscrite par la réaction inflammatoire peut alors diffuser. La prise de ces AINS était dans certains cas le fait de praticiens non avertis. Aussi, les substances utilisées dans la pharmacopée traditionnelle sont mal connues. En plus de retarder la consultation spécialisée, elles auraient un effet toxique ou caustique qui pourrait favoriser la diffusion de l'infection et la nécrose cutanée [2,12].

Les retards à la consultation sont classiques dans les séries africaines [1,5,11,14,19]. Dans cette série, les patients ont consulté entre 4 et 29 jours après le début supposé de leur maladie, avec un délai moyen de 10,8 jours  $\pm$  4,7 jours. Ce constat est le reflet de l'itinéraire thérapeutique des patients. Le manque d'information de certains praticiens dans les centres de santé primaires et secondaires, le recours à l'automédication et au traitements traditionnels d'une part, et l'inaccessibilité financière des soins de santé d'autre part, sont à prendre en considération.

Le diagnostic d'une cellulite cervico-faciale est clinique, basé sur la coexistence de signes généraux d'importance variable et de signes physiques cervico-faciaux. La tuméfaction cervico-faciale inflammatoire est quasi-constante. Cette tuméfaction était le motif de consultation le plus courant dans cette série. A elle seule, elle est fortement évocatrice d'une cellulite cervico-faciale. L'association d'un trismus et d'une odynophagie est habituelle [6,8,11]. Pour ce qui est des formes cliniques, la prédominance des cellulites cervico-faciales diffusées est la résultante du retard de prise en charge rapportée dans cette étude.

Dans la plupart des séries publiées, l'infection dentaire est le principal facteur déterminant la survenue de la cellulite cervico-faciale [1,2,4,6,8,11,19]. Cette donnée est retrouvée dans cette étude.

Pour ce qui est du bilan radiologique dans les cellulites cervico-faciales, la radiographie panoramique dentaire s'impose en cas de cellulite odontogène. Elle permet d'objectiver les foyers cariés, les zones d'ostéolyses péri-apicales et les granulomes ou kystes péri-apicaux [1,9,20]. En raison de la prédominance de la porte d'entrée dentaire de l'infection cervico-faciale dans cette étude, cet examen a été largement prescrit pour l'ensemble des patients. La tomodensitométrie, grâce à son excellente résolution en densité tissulaire et osseuse permet de préciser la nature inflammatoire d'une tuméfaction cervicale, d'évaluer son extension et de

rechercher une collection dont la mise en évidence imposerait le drainage chirurgical [12,13,20]. Cette exploration est d'un apport considérable en cas de suspicion d'extension médiastinale dont l'expression clinique initiale peut être parfois frustre [12,20]. La faible réalisation de cet examen dans notre étude s'expliquerait par des raisons pécuniaires.

Les germes en causes dans les cellulites cervico-faciales sont variables ; il s'agit le plus souvent de germes commensaux de la cavité buccale. La prédominance des germes anaérobies fait l'unanimité des auteurs [16,21]. Dans cette série, une étude bactériologique n'a pu être réalisée que par 20 patients, ceci principalement en raison de difficultés d'intendance. Aussi, cet examen n'est pas toujours disponible dans les laboratoires médicaux de nos centres hospitaliers. Sur cet échantillon de 20 patients, la culture s'est révélée négative dans la grande majorité des cas. La prise d'antibiotique avant le prélèvement du pus, les mauvaises conditions de prélèvement et de transport du pus pourraient expliquer les cultures infructueuses dans cette étude. Aucun germe anaérobie n'a été identifié dans cette série. Les bactéries identifiées (staphylocoques et streptocoques) étaient sensibles aux bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines) et aux aminosides.

Sur le plan thérapeutique, les patients étaient traités soit en ambulatoire pour les cellulites circonscrites séreuses, soit en hospitalisation pour les cellulites circonscrites suppurées, les cellulites diffusées et les cellulites diffuses. Notre protocole thérapeutique est semblable à celui indiqué dans la littérature [1,5,11,14,15,21]. L'antibiothérapie associait systématiquement Amoxicilline + acide clavulanique et du Métronidazole en voie orale pour les cellulites séreuses, et par voie parentérale dans les autres cas. Dans les cellulites diffuses, il s'agissait d'une trithérapie associant aux deux précédents antibiotiques de la gentamycine avec surveillance de la fonction rénale. Cette antibiothérapie, initialement probabiliste, était réajustée lorsqu'un antibiogramme était réalisé.

La corticothérapie, largement prescrite dans cette série, vise à lever les œdèmes inflammatoires obstructifs et favoriser ainsi une meilleure diffusion de l'antibiotique en améliorant la perfusion tissulaire autour des zones gangreneuses [11,12].

Les différents gestes chirurgicaux (drainage des collections, nécrosectomie) doivent se réaliser idéalement sous anesthésie générale. L'anesthésie générale permet de réaliser des gestes complets dans de conditions confortables pour le chirurgien et pour le patient. Dans cette série, en raison de difficultés d'intendance, les différents gestes chirurgicaux ont été réalisés au fauteuil sous anesthésie locale car le retard dans leur réalisation pourrait aggraver la maladie. Toutefois, le drainage des collections

médiastinales et orbitaires, beaucoup plus complexe, a été exécuté sous anesthésie générale. A chaque fois que la porte d'entrée était dentaire, l'extraction dentaire était réalisée après une mécanothérapie intensive au moyen d'un bouchon de liège, permettant d'améliorer l'ouverture buccale. Pour les patients hospitalisés, cette extraction dentaire était réalisée avant la sortie médicale du patient afin d'éviter de le perdre de vue sans avoir pu extraire la dent causale. Les pertes de substances cutanées bénéficiaient d'une cicatrisation dirigée lorsqu'elles étaient peu étendues ; les vastes pertes de substances étaient reconstruites par greffe de peau sous anesthésie générale. Pour ce qui est des cellulites compliquant une fracture mandibulaire négligée, l'ostéosynthèse mandibulaire était réalisée après avoir complètement juguler l'infection.

Malgré la précarité des conditions socio-économiques des patients qui ne permet pas une prise en charge optimale, des résultats satisfaisants ont été notés dans cette étude. En effet, une évolution favorable était observée chez 121 (95,27%) patients. Cependant, une mortalité de 4,72% a été notée dans cette série. Cette mortalité est inférieure à celle rapportée dans la littérature qui varie entre 6 et 21% [5,7,16].

La durée d'hospitalisation variait entre 1 et 29 jours avec une moyenne de 9 jours  $\pm$  3,9 jours. Les très courtes durées correspondaient aux décès tandis que les longues durées correspondaient aux patients démunis, avec des interruptions régulières de l'antibiothérapie.

## Conclusion

Dans cette étude, les cellulites cervico-faciales étaient une affection du sujet jeune de sexe masculin vivant des conditions socio-économiques défavorables avec souvent une prise d'anti-inflammatoire. La porte d'entrée de l'infection était principalement dentaire. Le traitement associait antibiothérapie, drainage des collections suppurées et traitement de la porte d'entrée de l'infection, permettant d'obtenir très souvent une évolution favorable. Pour une affection éminemment évitable, l'accent doit être mis sur la prévention qui passe par la promotion de la santé bucco-dentaire et la mise en œuvre d'une couverture sanitaire pour tous.

**Déclaration d'intérêt** Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en lien avec cet article.

**Contributions des auteurs** : Protocole de recherche, collecte et analyse des données : CONGO Rachid Jocelyn ; recherche bibliographique et rédaction de l'article : BAZAME Clovis Bienfaisance T, DANI Motandi, COULIBALY Arsène ; Relecture finale : KABORE Wendpouloumdé Aimé Désiré, MILLOGO Mathieu, KONSEM Tarcissus ; Superviseur : KONSEM Tarcissus. Tous les auteurs ont contribué à la correction finale.

## Références

1. Mboua Ndenga V-J, Ngo Nyeki A-R, N'djeudjui C, Mossus

- Y, Chimi N, Amougou S et al. Epidemiologic, diagnostic and therapeutic aspects of the odontogenic cervico facial cellulitis in Ebolowa Regional Hospital Center. *J Sci. Dis.* 2025;3(2):31-6.
2. Fongoro H, Touré A, Koïta H, Kassambara A, Sissoko Y, Traoré A et al. Cellulites cervico-faciales d'origine dentaire au Centre de Santé de Référence de Dioila de Mali. *ESI Prepints* 2025;37:353-60.
3. Anzouan- Kacou E, Yapo A, Behibro R, Seguy F, Late S, Konan E. Cellulites cervico-faciales de l'enfant : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques au CHU de Treichville (Abidjan). *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac.* 2022;29(3):20-5.
4. Kouakou KR, Ouattara B, Sidibé O, Boka BL, Daweni J KM. Cellulites cervico-faciales diffusées et nécrosantes : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques en 15 ans au CHU de Cocody (Côte d'Ivoire). *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac.* 2018;25(2):5-9.
5. Togo S, Ouattara MA, Saye J, Sangaré I, Touré M, Maiga I. Les cellulites cervico-faciales nécrosantes d'origine dentaire dans un pays en voie de développement. *Rev Mal Respir* 2017;34(7):742-8.
6. Ouédraogo YCL, Bayala J-P, Sawadogo DR, Dahourou EM, Diari LA, Konsem T. Cellulites cervico-faciales graves, morbidité et mortalité : à propos de 150 cas au CHU Yalgado Ouédraogo au Burkina Faso. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac.* 2023;30(3):50-6.
7. Ag Med Elmehdi Elansari MS, Dienta L, Doumbia A, Diarra SM, Maïga M, Maïga O et al. Cellulite cervico-faciale dans un centre régional du Mali : une série de 31 cas. *Jaccr Infectiology* 2020;2(2):1-7.
8. Djémi EM, Zegbeh NEK, Vroh BTS, Bérété PIJ, Crezoit GE. Cellulites cervico-faciales diffuses : caractéristiques cliniques et facteurs de risque de mortalité. *Health. Sci. Dis.* 2022;23(10):10-3.
9. Bouraima FA, Hounkpatin SHR, Vodouhe UB, Akanni D. Aspects diagnostiques et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales à Parakou, Bénin. *J. Rech. Sci. Univ. Lomé* 2019;21(2):299-307.
10. Halwani C, Hachicha H, Zgolli C, Akkari K, Mhammed R Ben. Facteurs prédictifs de gravité des cellulites cervico-faciales : A propos de 180. *J Tun Orl.* 2018;40:41-5.
11. Zegbeh NEK, Digbeu OKE, Bérété PIJ, Faozo L. Facial Cellulitis of Dental Origin: Experiments from the University of Bouaké Health Centre (Côte d'Ivoire). *OJST* 2020;5(10):97-105.
12. Taonsa RAJ, Sanfo M, Millogo M, Dargani MF. Cellulite diffuse cervico-thoracique d'origine dentaire compliquée de pyothorax : à propos d'un cas au centre hospitalier universitaire de Tengandogo (Burkina Faso). *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac.* 2023;30(3):57-61.
13. Arrob A, Tourabi K, Abouchadi A. Pyothorax compliquant une cellulite cervicale d'origine dentaire: à propos d'un cas. *PAMJ Clin Med.* 2020;4(68):1-5.
14. Békono CA, Nkodo Etende Y, Nnanga Mbozo'o J-C, Passi S, Eko Bimale O, Amengle A et al. Clinical, therapeutic and prognostic aspects of dental cellulitis at Sangmélima Referral Hospital. *J Sci Dis.* 2025;1(1):35-40.
15. Kwedi KGG, Elobo Ntalabe J-G, Kwedi RKK, Ewo C, Bengondo Messanga C. Odontogenic cellulitis in the town of Mbalmayo: epidemiological, clinical, paraclinical and therapeutic aspects. *J Sci Dis.* 2025;2(3):29-35.
16. Bissa HC, Salou M, Pegbessou EP, Amana B Dossim

S, Tigossou S, Dagnra AY, Kpemissi E. Aspects épidémiologiques et bactériologiques des cellulites cervico-faciales au CHU Sylvanus Olympio de Lomé. RAORL-CCF 2014;14(1):32-6.

17. Rakotoarimanana FVA, Haminason LS, Rafenomanjato MM, Rasolondraibe AF, Randriamanantena T. Cellulites cervico-faciales chez l'enfant. HNJM 2022;3:321-32.
18. Riahi I, Tbini M, Bouziri S, Chaouachi S, Ben Naceuf I, Lahiani R, Ben Salah M. Diabète et complications des cellulites cervico-faciales. Ann Edocrinol-Paris. 2024;85(5):531-5.
19. Ghammam M, Houas J, Chouchane L, Meherzi A, Mallat N, Bellakhder M, Kermani W, Abdelke M. Les cellulites cervico-faciales : A propos de 82 cas. J. Tun Orl. 2019;42:37-41.
20. W El Abed, H Krimi, S Lezid et al. Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire : Approches diagnostique et thérapeutique. J. Tun Orl. 2019;41:41-5.
21. Randriamanantena T, Rafenomanjato MM, rakotoarimanana FVD, Raotoson HS, Andriamanantena RH, Razakaharimanana SL, Rakotoarison RA. Cellulites odontogènes : statut bactériologique et aspect thérapeutique. HNJM 2022;3:288-9

