



## Thrombophlébite faciale odontogène à l'Hôpital de Référence de Sangmélima : à propos d'un cas

Odontogenic thrombophlebitis of the facial vein at the Sangmelima Reference Hospital: a case report

Bekono C.A<sup>1</sup>, Nnanga Mbozo'oJ<sup>1</sup>, Eko Bimale, Amengle A<sup>1</sup>, Bengono Bengono R.S<sup>2</sup>, Noah Noah D<sup>3</sup>.

### Cas clinique

<sup>1</sup>Service d'Odontostomatologie, Hôpital de Référence de Sangmélima, Cameroun

<sup>2</sup> Service d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital de Référence de Sangmélima, Cameroun

<sup>3</sup> Service Médecine interne, Hôpital de Référence de Sangmélima, Cameroun

**Auteur correspondant :** Bekono Catherine Aurélie, service d'odontostomatologie Hôpital de Référence de Sangmélima, Cameroun.

B.P : 890, Sangmélima. Tél : (+237) 670.297.512. Email : [bekonoaurelie92@yahoo.com](mailto:bekonoaurelie92@yahoo.com)

**Mots-clés :** Thrombophlébite, Veine faciale, Dent, Anticoagulant.

**Keywords:** Thrombophlebitis, Facial vein, Tooth, anticoagulant.

### RESUME

La thrombophlébite faciale odontogène est une affection vasculaire rare caractérisée par l'obstruction de la veine par un caillot sanguin. Le signe pathognomonique est la palpation d'un cordon induré allant du sillon naso-génien à l'angle interne de l'œil. Les auteurs rapportent le cas d'un septuagénaire, aux antécédents de polyarthrite rhumatoïde sous corticoïdes au long cours. La symptomatologie ayant motivé la consultation initiale s'est aggravée au décours d'une prise en charge ambulatoire correctement menée. Le diagnostic de thrombophlébite a été établi sur la base de la palpation d'un cordon induré sur le trajet de la veine faciale. La prise en charge a consisté en une hospitalisation, une antibiothérapie, une analgésie, une héparinothérapie et l'extraction dentaire. Le patient est sorti de l'hôpital au 10<sup>ème</sup> jour. Le suivi a été fait durant 2 mois avec la mise en place d'une prothèse amovible partielle. L'intérêt de cas repose sur le diagnostic précoce et le traitement adéquat de cette pathologie prévenant ainsi ses complications. Ces dernières peuvent être mortelles.

### ABSTRACT

Odontogenic facial thrombophlebitis is a rare vascular disorder characterised by obstruction of the vein by a blood clot. The pathognomonic sign is palpation of an indurated cord running from the nasolabial fold to the internal angle of the eye. The authors report the case of a septuagenarian with a history of rheumatoid arthritis on long-term corticosteroids. The symptoms that had prompted the initial consultation worsened during the course of correctly conducted outpatient management. The diagnosis of thrombophlebitis was made on palpation of an indurated cord in the course of the facial vein. Management consisted of hospitalisation, antibiotic therapy, analgesia, heparin therapy and tooth extraction. The patient was discharged on day 10. Follow-up was carried out for 2 months and a partial removable prosthesis was fitted. The importance of this case lies in the early diagnosis and appropriate treatment of this pathology, thereby preventing complications. These complications can be fatal.

## Introduction

La thrombophlébite de la veine faciale est une inflammation de la paroi veineuse de la veine faciale due à un thrombus septique qui bloque complètement ou partiellement la circulation sanguine et provoque une inflammation soudaine [1]. Le diagnostic différentiel se fait avec la thrombose de la veine angulaire et le syndrome de Lemierre [2].

La veine faciale est une veine superficielle qui commence à l'angle interne de l'œil, où elle porte le nom de veine angulaire anastomosée avec la veine ophtalmique supérieure. Elle prend le nom de veine faciale qu'au niveau du sillon naso-génien. La veine faciale draine le sang veineux du maxillaire, de la mandibule et du plancher buccal [3]. L'étiologie infectieuse regroupe les infections bucco-dentaires, ORL et tégumentaires. Son développement est aussi fonction de l'immunité du patient, la virulence des germes, le traitement prescrit et sa précocité [4].

La thrombophlébite faciale odontogène est rare mais redoutable. Le système veineux de la face est en relation avec celui de l'endocrâne, et ne possède pas de valves. Ceci favorise l'extension rapide du thrombus septique vers le sinus endocrânien à l'origine d'une thrombophlébite du sinus caverneux très souvent fatale [5]. Cette dernière est responsable de septicémie, thrombophlébite cranio-faciale et d'une atteinte des espaces cellulaires cervico-faciales avec nécrose tissulaire secondaire. Ce contexte de toxi-infection majeure peut mettre en jeu le pronostic vital [1].

La thrombophlébite faciale odontogène pose un problème diagnostique en raison du chevauchement des symptômes avec d'autres pathologies vasculaires et non vasculaires [6]. Son diagnostic est clinique. L'échographie doppler permet un diagnostic précoce [7].

La thrombophlébite faciale odontogène nécessite

une prise en charge multidisciplinaire. Elle comporte une hospitalisation, des antibiotiques adaptés, des anticoagulants, des antalgiques, des antiœdémateux et l'éradication de la porte d'entrée [7]. La maîtrise des infections a significativement réduit l'incidence de cette pathologie [4].

## Observation médicale :

Les auteurs rapportent le cas d'une thrombophlébite septique de la veine faciale secondaire à une infection dentaire prise en charge à l'Hôpital de Référence de Sangmélina ; Un cas rapporté sur 400 patients consultés en six ans.

Il s'agissait d'un homme âgé de 76 ans, fonctionnaire de police à la retraite consultant pour tuméfaction douloureuse de l'hémiface droite survenue trois jours avant la consultation. Le début de la symptomatologie remontait à 7 jours plutôt, par des douleurs dentaires intenses (6/10 à l'échelle numérique), pulsatiles, lancinantes, insomniantes localisées sur les incisives du quadrant 1 et irradiant à l'hémiface homolatérale ne cédant plus à l'association paracétamol+ ibuprofène + caféine. Le patient avait comme antécédent une polyarthrite rhumatoïde sous prednisolone 60 mg/jour et colchicine depuis 7 ans.

L'examen exobuccal a révélé une asymétrie faciale droite avec tuméfaction douloureuse à la palpation de la région nasogénienne droite prenant le godet avec adénopathies sous mandibulaires bilatérales mobiles indolores et fluctuantes ; une hypoesthésie. L'examen endobuccal a révélé une occlusion de Classe I, un état bucco-dentaire délétère avec un indice de plaque à 3 selon Sillness et Loe. L'incisive centrale du quadrant 1 présentait un délabrement coronaire total d'étiologie carieuse. La gencive en regard était tuméfiée congestive présentant une fistule qui faisait sourdre du pus à la palpation. Le diagnostic évoqué était la cellulite maxillo-faciale aiguë suppurée diffuse odontogène causée par la 11.

Le traitement per os initié était constitué d'une bi-antibiothérapie (amoxicilline-acide clavulanique, métronidazole), une analgésie multimodale (paracétamol + tramadol), une corticothérapie (methylprednisolone) des soins locaux (bain de bouche à la povidone iodine verte). Après trois jours de traitement, le patient s'est présenté avec une augmentation de l'intensité de la douleur (8/10 à l'échelle numérique), une tuméfaction de l'hémiface droite luisante, érythémateuse plus importante allant jusqu'à l'angle interne de l'œil, une hypoesthésie de la même région et un chémosis.

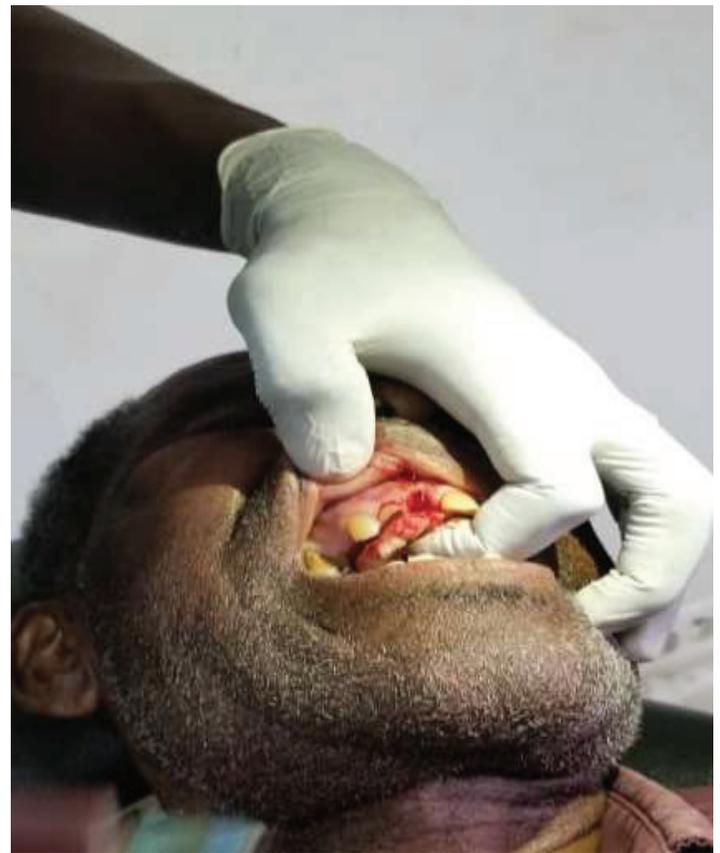
L'examen local a révélé la palpation d'un cordon induré douloureux au niveau du sillon naso-génien et de l'angle interne de l'œil. Le diagnostic de thrombophlébite faciale odontogène causée par l'incisive centrale maxillaire droite a été évoqué.

Les buts du traitement étaient de dissoudre le thrombus pathologique, traiter et prévenir les complications. Le traitement consistait à une hospitalisation avec administration parentérale des médicaments. Il s'agissait de l'administration d'une dose unique de Benzylpenicilline 2,4 MUI, l'antibiothérapie probabiliste (Amoxicilline – acide clavulanique 1g/8h + Métronidazole 500mg/8h), l'analgésie multimodale (paracétamol + tramadol). Les traitements associés étaient : la corticothérapie (Methylprednisolone 120 mg / 24 h), la thromboprophylaxie (enoxaparine 4000 UI/24h) et les soins locaux (bain de bouche). Les examens complémentaires biologiques et morphologiques prescrits n'ont pas été réalisés.

Au 6<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation, le traitement étiologique a été réalisé. Il s'agissait d'un détartrage full mouth, une exodontie des dents 11 et 12, un curetage et un drainage alvéolaires, une irrigation abondante et la pose d'une mèche et d'une compresse. Au 10<sup>ème</sup> jour, la sortie a été autorisée.

La guérison sans complication s'est faite au bout du 24<sup>e</sup> jour. Un mois plus tard, une prothèse amovible

partielle a été mise en place. Ses objectifs étaient à visée esthétique et manducatrice.



**Figure 1 : extraction de la dent causale (11) et de sa voisine délabrée (12)**

## Discussion

La thrombophlébite faciale odontogène est une pathologie rare. Dans notre contexte nous avons rapporté un cas sur 400 patients consultés. Ceci est attribuable à la maîtrise des infections orofaciales par l'essor des antibiotiques d'une part et d'autre part son incidence est sous-évaluée du fait de l'abstention échographique qui peut la confondre à une cellulite maxillo-faciale [6]. L'incidence des thrombophlébites faciales odontogènes n'est pas définie dans la littérature, car elles sont sujettes à de rares descriptions sporadiques ne concernant qu'un cas isolé ou deux. Les thrombophlébites cérébrales sont les plus décrites du fait de leur diversité

étiologique et représente 1 /100000 [8]. Dagain *et al*, retrouvaient 4 cas de thrombophlébite d'origine dentaire dans la revue de la littérature française de 1968 à 2007 [1]. Ouattara *et al*, retrouvaient 4 cas de thrombophlébite sur une période de 8 ans [7]. Cette pathologie était retrouvée chez un sujet âgé de 76 ans. Doustkam *et al*, rapportaient un cas chez une patiente de 52 ans [8]. Hiroaki *et al* décrivaient l'atteinte du sinus caverneux d'étiologie dentaire chez deux patients âgés respectivement de 64 et 52 ans [9]. A contrario certaines séries internationales retrouvaient une prédominance de cette pathologie chez les sujets jeunes [7,8].

L'étiopathogénie de la thrombophlébite décrit un processus infectieux où les endotoxines bactériennes entraînent une stase veineuse qui va troubler l'hémostase avec production d'un thrombus in situ qui est responsable de la pathologie [8]. La prise simultanée d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et de corticoïdes au long court sans antibiothérapie bien conduite expose à une diffusion limitée dans le site infectieux des agents immunitaires, favorisant ainsi la flambée des processus inflammatoire et infectieux [9]. La littérature décrit des terrains immunitaires particuliers et différents qui pourraient favoriser le développement de cette pathologie. Li *et al* rapportent un cas diabétique [11]. Hiriako *et al* soulignent le rôle des AINS comme facteurs favorisants [9].

La thrombophlébite faciale odontogène se manifeste par un œdème du pli nasogénien diffusant jusqu'à l'angle interne de l'œil, la palpation d'un cordon induré et l'évolution se fait vers une tuméfaction douloureuse du canthus interne de l'œil [8]. La thrombophlébite faciale odontogène est visible et facile à identifier [7]. Le diagnostic de notre cas s'est posé grâce à la palpation pathognomonique d'un cordon induré douloureux allant du sillon nasogénien à l'angle interne de l'œil ainsi que de l'œdème inflammatoire situé sur le même trajet.

L'échographie doppler n'a pu être réalisée du fait des limitations financières. Son apport est certain. Il permet de vérifier l'extension de la thrombose et la présence du caillot, et confirme le diagnostic de thrombose veineuse superficielle. Ouattara *et al*, stipulent que la faible incidence des thrombophlébites serait tributaire de l'absence de la réalisation de l'imagerie [7].

Le traitement mis en place était recommandé par la littérature. Il était constitué des antibiotiques adaptés aux germes buccaux, associés aux antalgiques, l'héparinothérapie et la corticothérapie [2, 11]. La triple antibiothérapie initiée visait une action synergique sur les germes buccaux dont la virulence a augmenté ; afin de minimiser les risques de résistance, de même que la flambée de l'infection [12]. L'intérêt de la corticothérapie est soutenu par plusieurs auteurs [2, 13]. Les corticoïdes réduisent la surmortalité des patients avec un état septique car elles réduisent l'œdème, contribuent à restaurer l'intégrité de la paroi vasculaire, et empêchent aux globules blancs d'attaquer le tissu sain [14]. L'utilisation des anticoagulants est discutée. Certains auteurs ne trouvent aucun intérêt à l'apport d'un anticoagulant [1,8]. D'autres les contre-indiquent, car pourraient causer des hémorragies (systémiques et intracrâniennes) [9]. Certains auteurs trouvent un intérêt dans ce sens qu'ils empêchent l'extension du thrombus vers le sinus caverneux [2,7,8]. L'utilisation des anticoagulants dans notre contexte était motivée par le cumul de facteurs de risques, le risque de récurrence et la prévention des complications.

Le traitement étiologique permet l'éradication du foyer infectieux ainsi qu'une guérison optimale et prévient les récurrences [7,13]. Ce traitement étiologique est préférable après refroidissement du foyer infectieux afin de favoriser la diffusion de l'anesthésique dont l'effet est souvent tamponné par la collection suppurée [10]. Il faut évaluer le risque infectieux de la pathologie préexistante afin d'adapter un traitement approprié radical ou

conservateur. Il a été réalisé une extraction des incisives du quadrant 1. Elles étaient très délabrées. Ceci permettait de minimiser le risque de récurrence.

### Conclusion

Les thrombophlébites faciales odontogènes sont des affections vasculaires septiques aiguës potentiellement malignes. Elles sont des urgences médicales qui se font de plus en plus rares mais leur incidence reste non nul. Leur diagnostic essentiellement clinique est superposable à celui d'autres pathologies d'où l'importance de la maîtrise de sa sémiologie afin de poser un diagnostic rapide et précis ; qui permettra la mise en œuvre d'un traitement précoce. La prise en charge en milieu hospitalier permet un traitement étiologique et symptomatique bien calibrés afin de réanimer le patient dont l'état général est déjà très altéré, d'éviter les complications vers des formes létales et des pertes de vue.

### Conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

### Contribution des auteurs

Conception et acquisition des données : Bekono Catherine Aurélie, Amengle A., Eko Bimale E.R, Nnanga Mbozo'o J.c, Rédaction de l'article : Bekono Catherine Aurélie, Bengono Bengono R.S, Révision critique du contenu intellectuel : Bengono Bengono R.S, Approbation finale du contenu à publier : Bengono Bengono R.S, Noah Noah D.

### Références

- Dagain A , Thiéry G, Dulou R, Delmas JM, Pernot P. Thrombophlébites crâniens-faciales. EMC Elsevier Masson SAS, Paris, stomatologie, 22-043-A-10,2007.
- Goebel F , Knopf K, Fiedler LS. A rare encounter facial vein thrombosis and thrombophlebitis as a complication of acute submandibular sialadenitis. BMJ case rep. 2024 Feb 13; 17(2): e259423.
- Atlas Netter d'anatomie humaine. 2023, Elsevier Masson SAS.
- Goldenberg D, Karam M, Netzer A. Facial vein thrombophlebitis: A rare but potentially lethal entity. Otolaryngology head neck surgery. 2000; 122: 769-71.
- Bertolus CH. Cellulite cervico-faciale. Paris : Urgences 2011, Université Paris 6. 2011; 52: 593-599.
- Gajarla SB, Davila N, Guiseppi R, Mompremier M. A case of atraumatic angular vein thrombosis. Cureus 2024; 17: 16(1).
- Ouattara B, Bissa H, Djieukam MC, Fokui JV, Diomande GF, Kouadiol. Thrombophlébite en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale. Rev iv odonto-stomatol. 2010 ; 12 (1) : 12-15.
- Doustkam AA, Gros C-I, Montaner S, Bornet F. Thrombophlébite faciale superficielle non odontogène : à propos d'un cas. Société française de chirurgie orale. 63<sup>ème</sup> Congrès mai 2015.
- Hiroaki O, Atsushi O, Masafumi K, Hiroshi T, Shuji S, Toshio M. cavernous sinus thrombophlebitis related to dental infection: two case reports. Neurol med chir (Tokyo). 2012; 52: 757-760.
- Nicolas D, Frederic B, Kazutoya Y. cellulites cervico-faciales odontogènes de l'adulte, prise en charge médico-chirurgicale. Infos dent. 25 Mai 2011 ; 25 : 76-7.
- Li Y, Zheng B, Chen K, Gui L. successful treatment of dental infection induced chronic cavernous sinus thrombophlebitis with antibiotics and low-molecular weight heparin: two case reports. J. oral surg 2015; 73(8): 1516-23.
- Recommandations de traitement anti-infectieux en milieu hospitalier. Société belge d'infectiologie et de microbiologie clinique. 2017 ; 1 : 20-27.
- Casalino E, Doumenc B, Choquet C. Corticoïdes et infections sévères en médecine d'urgences. Urgences 2009 ; chapitre 30 : 319-327.
- Miki P, Jacob TC, Ncolal M, Lev S, Muhamed M, Dror A et al. Facial vein thrombophlebitis: a case report and literature review. Int J of pediatric ORL. 2018; 113: 298-301.