



Open Access Full Text Article

CASE REPORT

Descending necrotizing mediastinitis complicating a common dental infection: A case report

La médiastinite descendante nécrosante compliquant une infection dentaire banale: À propos d'un cas

A. Id mbarek, R. Taghlaoui, H. Kouismi

Service de pneumologie, CHU Mohammed VI -Oujda, Maroc

Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed Premier -Oujda, Maroc

ABSTRACT

Introduction. Posterior descending necrotizing mediastinitis is a rare and serious condition, most often following an infectious episode in the ENT sphere. The spread of infection is promoted by the existing anatomical communication pathways between the neck and the mediastinum.

Observation. He is a 52-year-old patient, who does not smoke, who presented with a dry cough associated with right chest pain of pleural type and dyspnea on exertion evolving in a context of unstated fever and a deterioration of the general condition. In his history, there was the notion of a dental abscess treated with a combination of antibiotics and a non-steroidal anti-inflammatory drug two weeks before his admission. The clinical examination noted a discreet inflammatory edema involving the left submandibular and cervical region with the pleuropulmonary examination a syndrome of left pleural fluid effusion. An x-ray and cervico-thoracic CT scan revealed the presence of multiple abscessed collections of the superficial and deep spaces of the cervical region, with extension to the anterior and middle mediastinum associated with bilateral pleural effusion. Pleural puncture revealed exudative fluid with predominance of neutrophils. Bacteriological study (direct examination and culture) of the pleural fluid did not show any germ. The patient was put on antibiotic treatment with surgical drainage of the cervical and mediastinal collections. A few days after the operation, he died of septic shock.

Conclusion. Descending necrotizing mediastinitis is an exceptional and serious condition with an often fatal course. Very often complicating an initial, seemingly banal lesion of the ENT sphere. The speed of diagnosis and treatment is essential in order to avoid often fatal complications.

KEYWORDS: Descending necrotizing mediastinitis; Tooth abscess; Mediastinitis.

RÉSUMÉ

Introduction. La médiastinite descendante nécrosante postérieure est une affection rare et grave, succédant le plus souvent à un épisode infectieux de la sphère ORL. La propagation de l'infection est favorisée par les voies de communication anatomiques existantes entre le cou et le médiastin.

Observation. C'est un patient de 52 ans, non tabagique, qui présentait une toux sèche associée à une douleur thoracique droite de type pleural et une dyspnée d'effort évoluant dans un contexte de fièvre non chiffré et d'une altération de l'état général. Dans ses antécédents on notait la notion d'un abcès dentaire traité par une association d'antibiotique et un anti-inflammatoire non stéroïdien deux semaines avant son admission. L'examen clinique notait un discret œdème inflammatoire intéressant la région sous mandibulaire et cervicale gauche avec à l'examen pleuropulmonaire un syndrome d'épanchement liquidien pleural gauche. Une imagerie faite d'une radiographie et d'un scanner cervico-thoracique révélait la présence de multiples collections abcédées des espaces superficielles et profondes de la région cervicale, avec extension au médiastin antérieur et moyen associé à un épanchement pleural bilatéral. La ponction pleurale objectivait un liquide exsudatif avec prédominances des neutrophiles. L'étude bactériologique (examen direct et culture) du liquide pleural n'a pas montré de germe. Le patient a été mis sous traitement antibiotique avec drainage chirurgical des collections cervicales et médiastinales. Quelques jours après l'intervention, il est décédé à la suite d'un choc septique.

Conclusion. La médiastinite descendante nécrosante est une affection exceptionnelle et grave d'évolution souvent mortelle. Compliquant très souvent une lésion initiale, d'apparence banale, de la sphère ORL. La rapidité du diagnostic et de la prise en charge est primordiale afin d'éviter des complications souvent fatales.

MOTS CLÉS: Médiastinite descendante nécrosante; Abcès dentaire; Médiastinite.

Corresponding author: Dr. A. Id mbarek. Service de pneumologie, CHU Mohammed VI -Oujda, Maroc.

E-mail: ahmed.idmbarek@gmail.com

INTRODUCTION

La médiastinite descendante nécrosante postérieure est une affection rare et grave, qui fait suite le plus souvent à une infection de la sphère ORL. La propagation de l'infection s'explique par les voies de communication anatomiques existantes entre le cou et le médiastin.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient de 52 ans, non tabagique et sans antécédent pathologique notable. Le début de la symptomatologie remontait à deux semaines avant son admission par l'apparition d'une tuméfaction douloureuse de la région mandibulaire gauche traitée par une association d'antibiotique (Amoxicilline + Acide clavulanique) et un anti-inflammatoire non stéroïdien (Indométacine) sans amélioration clinique. L'évolution était marquée par l'apparition d'une symptomatologie respiratoire faite d'une toux sèche, d'une douleur thoracique droite de type pleurale et d'une dyspnée d'effort classée stade II de la classification Sadoul évoluant dans un contexte de fièvre non chiffré et d'une altération de l'état général.

L'examen clinique trouvait un patient stable sur le plan hémodynamique, polypnéique à 22 c/min avec une saturation en oxygène à 95% à l'air ambiant, apyrétique, avec un discret œdème inflammatoire intéressant la région sous mandibulaire et cervicale gauche. L'examen pleuropulmonaire objectivait un syndrome d'épanchement liquidien bilatéral. La radiographie thoracique montrait un épanchement pleural bilatéral. Le scanner cervico-thoracique révélait la présence de multiples collections abcédées des espaces superficielles et profondes de la région cervicale (Figure 1 et 2), avec extension au médiastin antérieur et moyen (Figure 3) associé à un épanchement pleural bilatéral plus marqué du côté gauche (Figure 4).

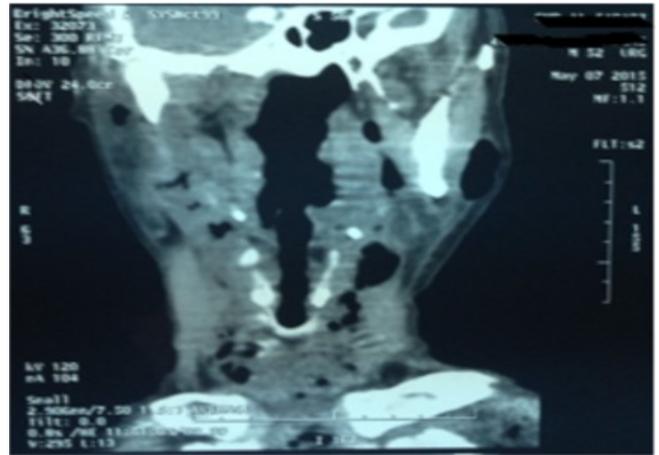


FIGURE 2. TDM cervicale avec reconstruction coronale montrant des collections au niveau des espaces cervicaux superficiels et profonds.

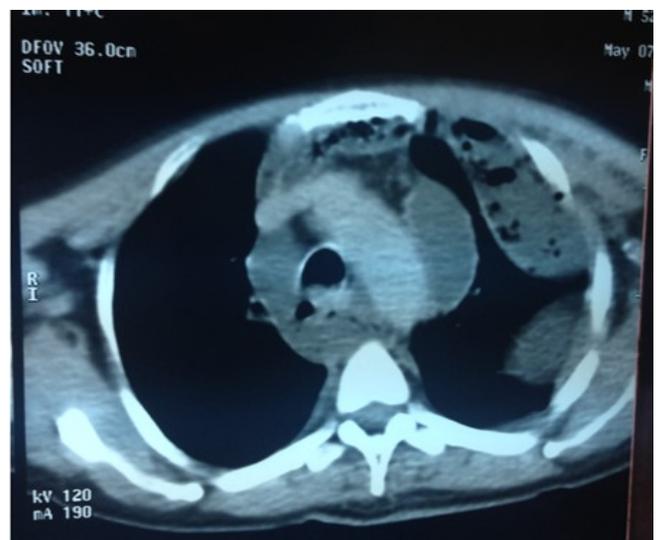


FIGURE 3. TDM thoracique en coupes axiales montrant des collections abcédées au niveau du médiastin antérieur, moyen et pleural gauche contenant des bulles d'air.

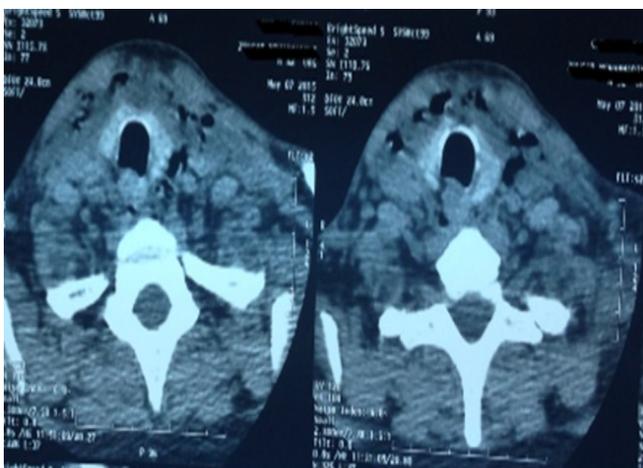


FIGURE 1. TDM cervicale en coupes axiales montrant des collections cervicales.



FIGURE 4. TDM thoracique en coupes axiales montrant un épanchement pleural bilatéral prédominant du côté gauche.

Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire avec une hyperleucocytose à 12700/mm³ à prédominance neutrophiles et une CRP à 120 mg/l. La ponction pleurale objectivait un liquide d'aspect jaune-citrin exsudatif avec un taux de protides à 50 g/l et l'étude cytologique du liquide montrait un taux de globules blancs à 2700/mm³ avec 70% des polynucléaires neutrophiles et 30% des lymphocytes. L'étude bactériologique (examen direct et culture) du liquide pleural n'a pas montré de germe.

Le patient a été mis sous antibiothérapie à large spectre et un drainage cervical et médiastinal a été réalisé. Le patient est décédé quelques jours après l'intervention à la suite d'un choc septique.

DISCUSSION

Les médiastinites aiguës descendantes nécrosantes sont rares et gravissimes compliquant le plus souvent une infection dentaire ou de la région cervicale. La lésion initiale est généralement représentée par un abcès dentaire, retrouvé dans plus de 52 à 58 % des cas selon les auteurs [1, 3-5]. Il s'agit, en particulier, d'abcès dentaire de la 2e ou 3e molaire de l'arcade dentaire inférieure [2]. D'autres étiologies moins fréquentes existent : les abcès rétro-pharyngés et amygdaliens, les parotidites ou les traumatismes cervicaux. Chez notre patient, l'origine de la médiastinite est un abcès dentaire. Dans tous les cas, il existe un intervalle libre de 5 jours à 2 semaines (moyenne : 10 jours) entre la pathologie initiale ORL et le diagnostic de médiastinite descendante nécrosante [1-4]. Certains facteurs de risque favorisants ont été retrouvés comme l'alcoolisme, le diabète, les pathologies néoplasiques, la prise d'anti-inflammatoire non stéroïdiens ou de corticoïdes [6]. Chez notre patient on a trouvé la notion de prise d'AINS (indométacine). Le diagnostic de la médiastinite aiguë nécrosante descendante repose sur des critères qui sont : des signes cliniques d'une affection ORL sévère, des critères radiologiques au scanner cervico-thoracique évocateurs de médiastinite, des critères opératoires et/ ou post-mortem et de la mise en

évidence d'une relation de causalité entre l'infection ORL et le développement du processus infectieux médiastinal. Sur le plan bactériologique, la majorité de ces affections sont polymicrobiennes, dues à des germes aérobie et anaérobies. Tous les germes de la cavité buccale peuvent être retrouvés. L'agent pathogène n'est pas toujours identifié, compte tenu de l'administration préalable d'antibiotiques, ce qui a été notre cas [3].

Le scanner cervico-thoracique est l'examen clé pour poser le diagnostic de médiastinite, car il permet d'évaluer le siège des lésions, le mode de propagation, son étendue et de guider la thérapeutique et suivre l'évolution ultérieure de la pathologie [4,5]. Le diagnostic doit être posé rapidement pour assurer une prise en charge médico-chirurgicale optimale [5].

La médiastinite aiguë descendante nécrosante est une urgence médico-chirurgicale nécessitant une prise en charge chirurgicale précoce. Le traitement repose sur une antibiothérapie à large spectre par voie intraveineuse avant les résultats bactériologiques, en tenant compte de la grande fréquence de l'association des germes aérobie et anaérobies. La prise en charge chirurgicale doit être la plus précoce possible, et une thoracotomie est souvent réalisée en urgence, dès que le diagnostic est établi [4]. Celle-ci a pour but d'éradiquer tous les foyers infectieux en évacuant les collections suppurées et les tissus nécrotiques, et de mettre en place un drainage cervical et médiastinal pour permettre la réalisation de lavages abondants.

CONCLUSION

La médiastinite descendante nécrosante est une affection exceptionnelle et grave d'évolution souvent mortelle. Compliquant très souvent une lésion initiale, d'apparence banale, de la sphère ORL. La rapidité du diagnostic et de la prise en charge est primordiale afin d'éviter des complications souvent fatales.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Aucun.

REFERENCES

1. Estrera As, Lanay Mj, Grisham Jm, Sinn Dp, Platt Mr. Descending necrotizing mediastinitis. *Surg Gynecol Obstet* 1983 ; 157 : 545-52.
2. Wheatley Mj, Stirling Mc, Kirsh Mm, Gago O, Orringer Mb. Descending necrotizing mediastinitis : transcervical drainage is not enough. *Ann Thorac Surg* 1990 ; 49 : 780-4
3. Catel L, Debelle L, Lefevre F, Laurent V, Regent D. Quid ? *J Radiol* 2000 ; 81 : 545-7.
4. Marty-Ané Ch, Berthet Jp, Alric P, Pegis Jd, Rouvrière P, Mary H. Management of descending necrotizing mediastinitis : an aggressive disease. *Ann Thorac Surg* 1999 ; 68 : 212-7.
5. Sancho Lmm, Minamoto H, Fernandez A, Sennes Lu, Jatene Fb. Descending necrotizing mediastinitis : a retrospective surgical experience. *Eur J Cardiothorac Surg* 1999 ; 16 : 200-5.
6. Rimalho A, Riou B, Richard C, Auzepy Ph. Fulminant necrotizing fasciitis and non steroidal antiinflammatory drugs. *J Infect Dis* 1987 ; 155 : 143-5.