

Université Constantine 3
Faculté de médecine
Département de médecine dentaire

Les Thrombophlébite cranio-faciale

Cours de pathologie et chirurgie buccales
à l'usage des étudiants de 3^{ème} année

Année universitaire 2023 / 2024

Plan du Cours :

1- Rappels anatomiques

2- Définition

3- Etiologies

4- Bactériologie

5- physiopathologie

6 - Les Manifestations cliniques

A - Thrombose veineuse exo-cranienne

- Thrombophlébite de la veine faciale
- Thrombophlébite de la veine ophtalmique
- Thrombophlébite du plexus ptérygoïdien

B - Thrombose veineuse endo-cranienne :

- Thrombophlébite du sinus caverneux

7- Diagnostic

8- Traitement :

A- Traitement prophylactique

B- Traitement curatif

Conclusion

1- Rappels anatomiques

- La veine faciale 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.
- Son trajet est oblique de haut en bas et de dedans en dehors.
- Elle se dirige vers le bord basilaire de la mandibule, où elle chemine à la face externe de la glande sub-mandibulaire pour se terminer directement dans la veine jugulaire interne par l'intermédiaire du tronç veineux thyro-linguo-pharyngo-facial.
- La veine faciale draine le sang veineux du maxillaire de la mandibule et du plancher buccal.

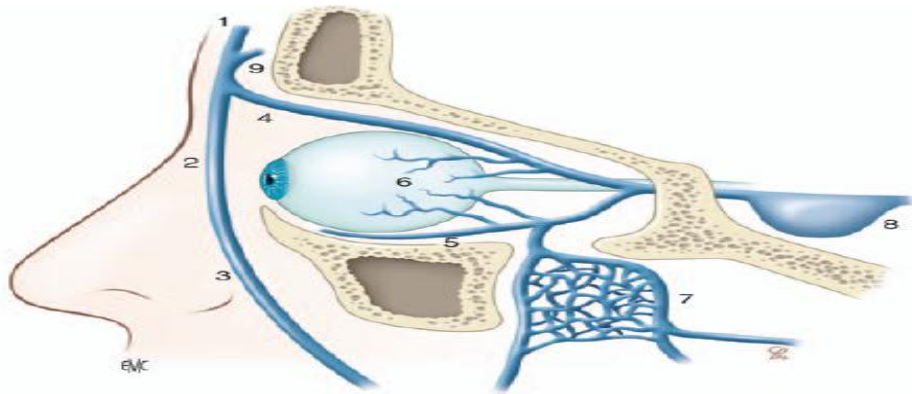


Figure 1. Veines de la face. 1. Veine supratrochléaire ; 2. veine angulaire ; 3. veine faciale ; 4. veine ophtalmique supérieure ; 5. veine ophtalmique inférieure ; 6. veines vorticeuses ; 7. plexus ptérygoïdien ; 8. sinus caverneux ; 9. veine supraorbitaire.

2- Définition

Résulte de la constitution d'un caillot à l'intérieur d'une veine, parfois associé à une inflammation de la paroi veineuse.

Origine infectieuse: 95% des cas

Il convient aujourd'hui de parler de thrombose veineuse faciale TVF et de thrombose veineuse cérébrale TVC.

3- Etiologies

Parmi les étiologies des thrombophlébites cranio faciales on cite les foyers infectieux :

A - Buccodentaire :

qui intéresse toutes les dents du maxillaire et les molaires inférieures, particulièrement les dents de sagesse inférieures.

B -ORL :

Les otomastoïdites peuvent être à l'origine d'une TVF, ou d'une TVC Ainsi que les sinusites sphénoïdales, ethmoïdales et maxillaire.

C -Tégumentaires :

par l'atteinte cutanée au niveau de la face d'origine traumatique ou dermatologique.

D - Intra crânienne :

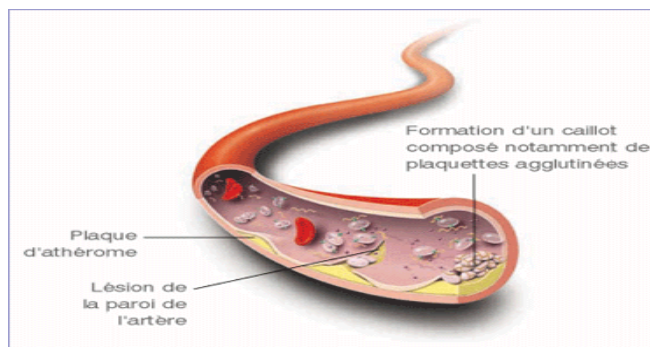
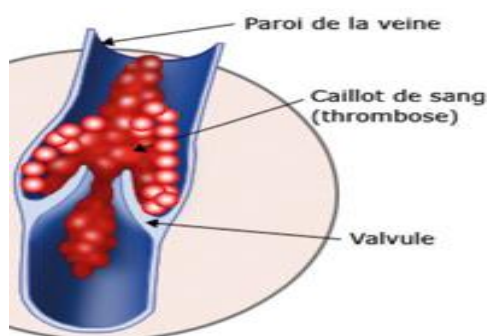
Ce sont les empyèmes, les abcès cérébraux, les méningites purulentes.

4- Bactériologie :

Les streptocoques et les staphylocoques sont les plus incriminés.

5- physiopathologie

Le processus infectieux est le point de départ, il est responsable d'une réaction inflammatoire de toute la paroi veineuse avec congestion de l'intima et prolifération endothéliale qui provoque une vasodilatation puis une stase veineuse avec formation d'un thrombus avec invasion microbienne immédiate, c'est la thrombose.



6 - Les Manifestations cliniques :

Les thrombophlébites cranio faciale sont divisées en 2 type principaux selon leur topographie :

A - Thrombose veineuse exo-cranienne :

- **Thrombophlébite de la veine faciale:**

- Elles sont rares depuis la maîtrise des pathologies infectieuses maxillo-faciales mais lorsqu'elles surviennent elles sont caractérisées par la présence d'un foyer infectieux buccodentaire très souvent une desmodontite de la canine supérieur.
- Tous les signes de l'inflammation peuvent persister pendant 2 à 3 semaines avec douleur, rougeur, chaleur locale, œdème inflammatoire du sillon naso-génien diffusant à l'angle interne de l'œil puis à toute l'hémi face, hypoesthésie, cordon induré à la palpation.

- **Thrombophlébite de la veine ophtalmique:**

- Œdème de la paupière supérieur puis inférieur, chémosis séreux, exophtalmie ;
- L'examen endobuccal retrouve la dent causale (C, PM) ;
- Signes généraux sévères ;

Atteinte des muscles occulo-moteurs dans le segment orbitaire ;
Strabisme et diplopie.

- **Thrombophlébite du plexus ptérygoïdien:**

À partir d'une infection dentaire postérieure

Une Altération de l'état général (fièvre > 40, frissons intenses) avec des signes fonctionnels, d'emblée très sévère :

- * Douleurs intenses paroxystique, intra orbitaires augmentées par la palpation des régions malaire et temporale ;
- * Œdème étendu pharyngé, malaire et temporal ;
- * Trismus serré, dysphagie et parfois anesthésie labio-mentonnaire ;
- * L'évolution se fait vers l'abcès de la loge ptérygoïdienne, les ostéites basicrâniennes et la thrombophlébite du sinus caverneux.

B - Thrombose veineuse endo-cranienne :

- Thrombophlébite cérébrale ou thrombose des sinus veineux cérébraux représente 0,5 % de l'ensemble des (AVC) résultant de l'obstruction d'une veine ou d'un sinus veineux intracrânel par un caillot (thrombus).

- C'est une forme rare d'AVC qui résulte de la thrombose du sinus veineux cérébral.

-Un rappel concernant le sinus caverneux : sinus de la base

C'est un sinus pair et symétrique, il s'étend de part et d'autre de la selle turcique sur les parois latérales du corps du sphénoïde, sa section a un aspect alvéolaire.

Contient l'artère carotide interne et permet le drainage veineux de la majeure partie de la face.

-La symptomatologie des TVC est variée et polymorphe rendant le diagnostic difficile sur les seuls critères cliniques qui sont :

- Les céphalées ;
- Les crises convulsives ;
- Les déficits neurologiques ;
- L'altération de la conscience ;
- L'Œdème papillaire ;

Ces symptômes peuvent être présents de façon isolée ou être associés.

- **Thrombophlébite du sinus caverneux**

Elle survient suite aux thrombophlébites faciale, ophtalmique ou ptérygoidienne.

Comporte 3 types de signes:

La Stase, la Compression veineuse et des signes d'irritation méningée.

- Exophtalmie, chémosis avec un œdème palpébrale énorme ;
- Paralysies de certains nerfs crâniens (III, IV, VI) ;
- Un syndrome septicémique et méningé très grave.

7- Diagnostic

Interrogatoire:

Permet de ressortir tout ce qui peut être en rapport avec une affection buccodentaire quelconque: douleurs, tuméfaction ou autres...

Examen clinique :

Examen exo buccal:

- Appréciation de la symétrie faciale
- Palpation des ADP
- Recherche d'une éventuelle fistule exo buccal

Examen endo buccal:

- Apprécier la présence de lésions muqueuses.
- Accidents d'éruption

Examen radiologique:

- Vérifier l'état des canaux et leur traitement.
- Le desmodonte et la région péri apicale.
- Révéler l'existence de dents incluses, kystes ou autres...
- Suspicion de sinusite (Blondeau)

Note :

- Le diagnostic de la TVF est essentiellement clinique mais un Echo doppler de la face permet de visualiser une thrombose située au niveau de la veine faciale.
- Le diagnostic de la TVC est radiographique par (IRM) cérébrale associée à l'angiographie veineuse par résonance magnétique (AVRM).

Examen bactériologique: réalisé afin d':

- Adapter la thérapeutique
- Établir une relation de causalité entre le foyer primaire et les manifestations à distance.

Examens biologiques:

- Hyperleucocytose avec polynucléaires
- neutrophiles++.
- Syndrome inflammatoire avec VS accéléré

8- Traitement

- Les thrombophlébites cranio-faciale sont des urgences médicales impliquant le pronostic vitale du patient.
- Nécessitant une hospitalisation en extrême urgence et l'administration d'une antibiothérapie a forte dose.
- Le traitement antibiotique de première intention : céphalosporines de 3e génération associées au métronidazole ou au chloramphénicol + héparinothérapie .
- Ce traitement est adapté à la sensibilité des germes et à l'évolution clinique.
- La durée du traitement n'est pas inférieure à 2 semaines.
- Le traitement de l'étiologie dentaire se fera dans un second temps.

A- Traitement prophylactique :

- Traitement précoce des foyers infectieux dentaires
- Évaluer le risque infectieux de la pathologie pré existante afin de pouvoir adapter une thérapeutique appropriée (radicale ou conservatrice).

Mise en état de la cavité buccale :

- Motiver le patient à l'hygiène avec contrôle régulier de la plaque.
- Réaliser un détartrage, surfaçage radiculaire.
- Déposer les prothèses mal faites.
- Traiter les dents cariées (TRT endodontique réalisé en cas de risque infectieux minime avec digue, système canalaire accessible, en une seule séance).
- Extraction des dents irrécupérables.

B- Traitement curatif :

- **Traitement local** → Suppression de tous les foyers infectieux

- Traitement général :

- Antibiothérapie adaptée et bactéricide (céphalosporine de 3eme génération + métronidazole pendant 15 j)
- Parentérale
- Anticoagulants et corticoïdes (Héparine).
- Réanimation pour les formes graves.

Conclusion

l'odontostomatologiste joue un rôle crucial dans la prévention de ces manifestation à distance par:

- La Motivation à l'hygiène bucco-dentaire
- La Prévention des caries
- Et surtout le traitement du foyer primaire.