




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Prise en charge des cellulites cervicofaciales en réanimation

Surgical and critical care treatment of cervico-facial fasciitis

J.-P. Blancal^{a,*}, R. Kania^a, E. Sauvaget^a, P. Tran Ba Huy^a,
J. Mateo^b, J.-P. Guichard^c, A. Fraticelli^b,
A. Mebazaa^b, P. Herman^a

^a Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervicofaciale, hôpital Lariboisière, université Paris Diderot, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

^b Service d'anesthésie-réanimation, hôpital Lariboisière, université Paris Diderot, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

^c Service de neuroradiologie, hôpital Lariboisière, université Paris Diderot, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

Reçu le 29 mars 2010 ; accepté le 3 avril 2010

Disponible sur Internet le 28 avril 2010

MOTS CLÉS

Cellulite
cervicofaciale ;
Médiastinite ;
Prise en charge
multidisciplinaire ;
Cervicotomie ;
Drainage thoracique
transcervical ;
Thoracotomie

Résumé Les cellulites cervicofaciales sont des infections sévères, parfois nécrosantes, dont le diagnostic est difficile à un stade précoce. Souvent consécutives à une infection banale, pharyngée ou dentaire, elles diffusent le long des espaces aponévrotiques de la face et du cou vers le médiastin. Elles mettent en jeu le pronostic vital en l'absence d'une prise en charge multidisciplinaire rapide. Le traitement chirurgical initial, urgent, nécessite un drainage de l'ensemble des espaces anatomiques atteints visualisés sur le scanner initial, afin de stopper la propagation de l'infection, voire de la nécrose tissulaire. Ce traitement est impérativement associé à une prise en charge globale du sepsis au sein d'un service de réanimation où le patient est maintenu intubé et sédaté. Cette prise en charge associe antibiothérapie, réanimation hémodynamique dans une fréquente situation de sepsis voire de choc, contrôle d'une éventuelle situation de défaillance polyviscérale, associés à la prévention des complications de décubitus, avec en particulier une anticoagulation efficace. La porte d'entrée de l'infection, si elle est identifiée, est bien sûr traitée. Des pansements chirurgicaux sont ensuite réalisés de façon pluriquotidienne, jusqu'à obtention d'un processus de bourgeonnement et de cicatrisation. En cas d'évolution défavorable au plan du sepsis, une nouvelle imagerie est réalisée avant de décider d'un éventuel débridement chirurgical complémentaire, voire d'une thoracotomie.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société de réanimation de langue française.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jp.blancal@free.fr (J.-P. Blancal).

KEYWORDS

Cervical necrotizing fasciitis;
 Deep neck infections;
 Descending necrotizing mediastinitis;
 Multidisciplinary management;
 Cervicotomy;
 Transcervical mediastinotomy;
 Thoracotomy

Summary Cervical fasciitis is a severe infection, sometimes associated with necrosis, with difficult diagnosis at the early stage. Often due to a benign pharyngeal or dental infection, fasciitis spreads along fascia from the head to the neck and possibly to the mediastinum. It is a life-threatening condition, which requires immediate treatment by a multidisciplinary team. Initial surgery requires drainage of all the spaces affected by the infection, as evidenced by cervico-mediastinal CT, in order to stop the spread of bacteria and possibly necrosis. This surgical step has to be associated with treatment of sepsis in an ICU where the patient is kept intubated and sedated. Antibiotherapy is combined with hemodynamic support and organ failure suppléance. The origin of the infection, if identified, is treated in the meantime. Repeated debridement is performed, combined with surgical draping, until the healing process develops. In case of unfavorable septic conditions, CT is repeated to evidence unforeseen sites of infection in order to plan revision neck surgery or even thoracotomy.

© 2010 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of Société de réanimation de langue française.

Introduction

Les cellulites cervicofaciales ou fasciites des Anglo-Saxons sont des infections bactériennes extensives, qui touchent les espaces aponévrotiques de la face et du cou. Marquées par une nécrose extensive qui peut réaliser de véritables mutilations, elles sont susceptibles de s'étendre jusqu'au médiastin. Ces espaces aponévrotiques, dont le rôle physiologique est de constituer un plan de glissement pour les masses musculaires, sont interconnectés, ce qui favorise la diffusion rapide d'infections au départ banales. La porte d'entrée locorégionale est variable, le plus souvent pharyngée ou dentaire [1–3].

Aux conséquences tissulaires locales s'ajoutent les effets d'un sepsis menaçant. Aussi les cellulites constituent-elles une urgence médicochirurgicale mettant en jeu le pronostic vital. Le pronostic est lié au nombre d'espaces anatomiques initialement atteints, à l'éventuelle atteinte du médiastin, à la notion d'aggravation rapide, à l'existence d'un sepsis sévère, voire à la survenue de complications locorégionales potentiellement graves [3,4].

La prise en charge des patients doit être rapide et multidisciplinaire dans le cadre d'une collaboration entre radiologues, bactériologistes, anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ORL et thoraciques [5,6].

Rappels anatomiques et physiopathologiques

Des bases anatomiques sont indispensables pour traiter correctement une cellulite cervicofaciale voire médiastinale, comprendre l'extension précise du processus infectieux et effectuer un acte chirurgical optimal. Nous les rappellerons brièvement.

La région cervicofaciale s'étend de la base du crâne au défilé cervicothoracique. C'est plus particulièrement la partie inférieure de la face qui nous intéresse ici, avec la mandibule, les muscles masticateurs, le plancher buccal et l'oropharynx. Le cou débute en région sous-mandibulaire, il peut schématiquement être divisé verticalement en deux parties par l'os hyoïde : les régions supra- et infrahyoïdienne. Le médiastin, lui, est classiquement divisé en médiastin supérieur et inférieur par rapport à la crosse de l'aorte.

Le système aponévrotique local comprend deux unités : l'aponévrose superficielle et l'aponévrose profonde. L'aponévrose superficielle, comprenant notamment le système musculo-aponévrotique superficiel (SMAS), s'étend de l'épicrâne au thorax. L'aponévrose profonde, elle, est divisée en trois couches : superficielle, moyenne (entourant les muscles sous-hyoïdiens) et profonde (prévertébrale). C'est le long de l'aponévrose cervicale profonde que diffuse la cellulite.

Face à la multiplicité des descriptions anatomiques, retenons la systématisation la plus simple et la plus pratique possible, que ce soit pour l'analyse radiologique ou pour le traitement chirurgical. Le cou comporte neuf espaces que nous citons ici sans pouvoir les décrire plus avant dans le cadre de cet article :

- espace parapharyngé ;
- plancher buccal ;
- espace sous-mandibulaire ;
- espace masticateur ;
- espace parotidien ;
- espace rétropharyngé et prévertébral ;
- espace carotidien ;
- espace viscéral antérieur.

Quant au médiastin (littéralement « qui est au milieu »), c'est l'espace médian de la cavité thoracique interposé entre les deux loges pleuropulmonaires. Vers le haut, il communique avec le cou et vers le bas, il est séparé de la cavité abdominale par le diaphragme.

De façon pratique, il est logique de diviser le médiastin en compartiments supérieur et inférieur par rapport au plan transversal passant par la crosse de l'aorte.

Dans la mesure où il n'existe pas de barrière anatomique entre les différents espaces aponévrotiques profonds de la tête et du cou, la cellulite est le prototype de l'infection se propageant par contiguïté jusqu'au médiastin.

L'espace parapharyngé préstylien est un carrefour-clé dans la progression de ces infections [1,8] ; il communique vers l'avant avec l'espace sous-mandibulaire et vers l'arrière avec l'espace rétrostylien qui s'étend de la base du crâne au médiastin (Fig. 1).

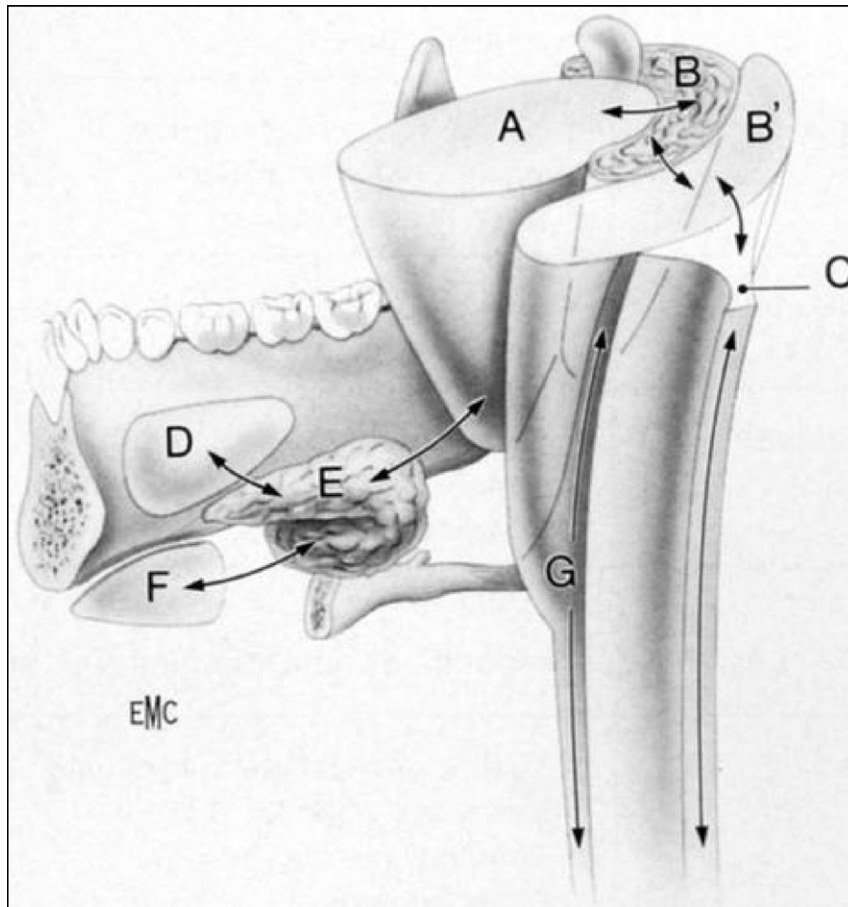


Figure 1 Communications des espaces cervicaux. A. Fosse infratemporale. B. Loge parotidienne. B'. Espaces parapharyngés préstylien et rétrostylien. C. Espaces rétropharyngé et prévertébraux. D. Espace sublingual. E. Loge submaxillaire. F. Espace sous-mental. G. Espace carotidien. Diffusion des atteintes (flèches). (Marsot-Dupuch K, Meyer B, Brunereau L. Imagerie des masses cervicales. Encycl Med Chir (EMC), radiodiagnostic, cœur-poumon, vol. 18. Paris, France; 1995, p.7 [32-80 A10]) [7].

Pour ce qui concerne le médiastin, la gaine viscérale, en continuité avec les espaces aponévrotiques cervicaux (notamment l'espace rétropharyngé), constitue l'axe de diffusion du processus infectieux vers le médiastin postérieur (surnommé *danger space* par Reynolds et Chow [9]). De même, la gaine trachéale permet l'atteinte du médiastin antérieur en cas d'atteinte de l'espace cervical viscéral antérieur ou carotidien. Il est intéressant de noter que le thymus freine la diffusion de l'infection vers l'espace rétrosternal.

Présentation clinique

Un patient atteint d'une cellulite cervicofaciale présente avant tout un tableau d'altération de l'état général fébrile.

Les signes fonctionnels sont dominés par les douleurs cervicales, souvent diffuses, accompagnées ou non de dysphagie. La dyspnée survient à un stade tardif, liée à une infiltration œdémateuse de la base de langue et de la filière laryngée. L'intensité des signes fonctionnels contraste avec la paucité des signes physiques [10].

L'examen clinique peut noter une tuméfaction inflammatoire à type d'empâtement cervical, uni- ou bilatéral, associée fréquemment à une fièvre supérieure à 38,5°C,

mais non constante. La palpation cervicale peut retrouver un emphysème sous-cutané témoignant du caractère gazeux de l'infection, en rapport avec une infection à germes anaérobies, de pronostic plus défavorable.

Une rougeur présternale (érythème diffusant au dessous de la fourchette sternale) est constatée une fois sur quatre lors du tableau initial, elle est très fortement prédictive d'une atteinte médiastinale.

Un trismus peut être présent, notamment en cas de porte d'entrée dentaire.

Un torticolis véritable (différent de la mobilisation cervicale douloureuse due à la cellulite cervicale elle-même), est rare, traduisant une atteinte de l'espace prévertébral.

Le rôle des AINS ou corticoïdes, médicaments prescrits ou pris par automédication dans les jours précédents la survenue du tableau de cellulite, n'est pas clairement démontré. Seuls les patients prenant des corticoïdes ont un risque supérieur d'atteinte médiastinale initiale.

Technique chirurgicale

Le scanner cervicothoracique doit être réalisé dans les plus brefs délais [11], suivi d'une intervention chirurgicale immédiate [12]. Au préalable, le patient est perfusé avec des

voies d'abord de calibre suffisant pour permettre un remplissage vasculaire rapide en cas de défaillance hémodynamique brutale.

Par opposition aux techniques d'intubation traditionnelles, menées sur un patient anesthésié, l'intubation doit être réalisée sous anesthésie locale, au bloc opératoire, chez un patient vigile. Le scanner permet de visualiser la filière orotrachéale. L'intubation par fibroscopie s'impose du fait de l'existence fréquente d'un œdème pharyngolaryngé avec refoulement postérieur de la base de langue [9]. Cette condition pathologique empêche l'exposition classique du larynx et peut de plus empêcher également la ventilation au masque sur un patient allongé. La trachéotomie n'est pas recommandée en première intention car dans les suites, elle favorisera le passage des germes depuis le champ infectieux cervical vers le tractus respiratoire.

Le traitement chirurgical initial comprend plusieurs phases successives, toutes indispensables.

La voie d'abord doit permettre l'accès à toutes les loges anatomiques atteintes : une cartographie précise de l'infection est donc établie à partir du scanner [11]. Le patient est installé en décubitus dorsal, avec hyperextension cervicale obtenue par un billot positionné sous les épaules.

En cas de cellulite d'origine dentaire et d'atteinte limitée au plancher buccal ou paramandibulaire, un drainage exclusif par voie endobuccale peut être envisagé (décollement sous-périosté de la table externe et/ou interne de la mandibule).

Le plus souvent, une cervicotomie unilatérale (incision en « L » de Paul-André), qui suit le bord antérieur du muscle sternocléidomastoïdien, peut suffire à aborder l'ensemble des régions concernées, sous réserve que l'infection soit nettement latéralisée, sans emphysème sous-cutané associé. Elle permet un abord transcervical du médiastin antérieur et du médiastin postérieur par décollement respectivement prétrachéal ou rétro-œsophagien.

La cervicotomie bimastoïdienne en U, descendant à deux travers de doigt au dessus de la fourchette sternale sur la ligne médiane, est réservée aux formes bilatérales et/ou gangréneuses marquées par la présence d'un emphysème sous-cutané. Elle permet un accès large à l'ensemble des loges anatomiques cervicales et médiastinales hautes. C'est donc l'abord de choix, au prix d'une rançon cicatricielle non négligeable.

L'incision cutanée concerne également le muscle peaucier, ce qui favorise la vitalité du lambeau supérieur. La veine jugulaire externe doit le plus souvent être ligaturée pour pouvoir poursuivre la dissection plus profondément.

Les espaces le plus souvent abordés sont :

- les espaces carotidiens et latéro-cervicaux : accessibles après dissection du bord antérieur du muscle sternocléidomastoïdien, avec ouverture des gaines jugulo-carotidiennes sur toute leur hauteur. Leur ouverture est systématique ;
- les espaces sous-mento-sous-maxillaires : loges souvent atteintes en cas d'infection dentaire ;
- l'espace masticateur : accessible après ouverture de l'espace sous-maxillaire, en longeant la face profonde de la glande ;

- les espaces rétropharyngé et viscéral : accessibles en passant entre l'axe jugulo-carotidien et le lobe thyroïdien, après avoir récliné celui-ci vers l'avant et le dedans. On longe la paroi œsophagienne en bas, le plan des muscles constricteurs du pharynx en haut, la dissection se poursuivant au doigt, pouvant remonter jusqu'à l'oropharynx en haut et descendre jusqu'à hauteur du défilé cervicothoracique. L'axe viscéral antérieur est atteint en passant sous les muscles sous-hyoïdiens en avant de la glande thyroïde.

Dans certaines situations, on pourra également débriquer l'espace parotidien, le médiastin antérieur ou encore le médiastin postérieur. Les voies d'abord transthoraciques (sternotomie, thoracotomie) ne sont envisagées qu'en cas d'atteinte médiastinale dépassant le niveau de la crosse de l'aorte ou de la carène [13]. L'alternative consistant à poser des drains percutanés ne semble pas aussi efficace notamment en cas de forme gangréneuse [14,15].

L'identification du ou des germes pathogènes responsables de la cellulite est indispensable, quoique les résistances bactériennes soient en fait rares dans ce type de situation. Le prélèvement le plus fiable est peropératoire. Ce prélèvement doit permettre d'identifier des germes aérobies et anaérobies. Aussi le prélèvement de pus aspiré après ouverture d'une collection doit-il être mis dans un milieu réducteur, permettant la conservation des germes jusqu'à leur acheminement sans délai et leur ensemencement dans le laboratoire de bactériologie (Portagerm® ou écouvillons rentrant dans une gélose hermétique à l'oxygène).

Un prélèvement anatomopathologique est également systématiquement réalisé pour éliminer une éventuelle pathologie tumorale, notamment chez le sujet alcoolotabagique, se révélant sous la forme d'une poussée infectieuse (cellulite carcinomateuse).

L'excision des tissus nécrotiques est indispensable pour contrôler le processus infectieux. En effet, ces tissus dévascularisés n'ont aucun potentiel de régénération et constituent un foyer de développement bactérien. L'excision doit donc être menée jusqu'en tissu sain. Elle peut intéresser les tissus :

- musculaires : peaucier, sternocléidomastoïdien, sous-hyoïdiens ;
- glandulaires : glande sous-maxillaire, parotide, voire thyroïde ;
- vasculaires : notamment les veines thrombosées (jugulaire externe, branches du tronc veineux thyro-linguofacial de Farabeuf, voire jugulaire interne).

Certaines cellulites peuvent bénéficier d'un traitement étiologique. Citons par exemple : l'avulsion dentaire en cas de cellulite dentaire, l'amygdalectomie en cas de phlegmon périamygdalien, l'ablation de la glande sous-mandibulaire en cas de sous-maxillite, etc.

Toutes les loges anatomiques décollées sont lavées, voire frictionnées, ce qui permet la déterSION des bactéries résiduelles et des débris nécrotiques.

Une fermeture étanche de la cervicotomie dans le cadre de l'urgence, même sur des drains de redon aspiratifs, est proscrite. Le principe est de laisser la cervicotomie ouverte (ou avec une fermeture limitée à quelques points de rapprochement) pour permettre un drainage spontané et déclive, via des guides placés judicieusement dans l'ensemble des espaces décollés. Différents dispositifs sont utilisés : lames souples en silicone de Delbet, drains tubulés multiperforés, lames multitubulées, drains de redon, ... Pour les régions déclives (médiastin notamment), on préfère les drains tubulés qui permettent de réaliser des irrigations dirigées.

Le lambeau cervical est ensuite laissé libre, rabattu sur des champs imbibés de bétadine dermique, en attendant le prochain pansement. Un pansement de type « tour de cou » est réalisé, non compressif afin d'éviter la constitution de thromboses veineuses secondaires. Le patient quitte alors le bloc opératoire intubé, sédaté puis transféré dans le service de réanimation.

Les pansements chirurgicaux sont ensuite réalisés en réanimation trois fois par jour, dont une fois par un chirurgien ORL (les deux autres fois par l'infirmière de réanimation), sur un patient intubé et sédaté, dans des conditions stériles. Le but est de maintenir l'effet de la détersion initiale par un brossage énergique et par des lavages. Le lambeau cervical supérieur bénéficie de massages pour préserver sa souplesse et éviter sa rétraction. L'espacement des pansements est décidé en cas d'amélioration locale et de contrôle général du syndrome infectieux, c'est-à-dire après un délai variable de quelques jours à quelques semaines. Lorsque les espaces aponévrotiques sont indemnes de tissu infecté ou nécrosé après plusieurs pansements propres, la cervicotomie est refermée sur lames. Le patient est extubé après vérification de la déglutition.

En cas d'évolution défavorable malgré ces soins répétés (nécrose extensive, syndrome septique persistant), une nouvelle tomodensitométrie cervicothoracique avec injection est réalisée pour rechercher des zones de collections résiduelles et l'extension éventuelle de la cellulite. Dans ces cas, on préfère réaliser une exploration chirurgicale plus complète au bloc opératoire.

Une trachéotomie est parfois réalisée secondairement pour diverses raisons (par exemple, persistance d'un œdème pharyngolaryngé important malgré un contrôle du sepsis, orostome ne cicatrisant pas à proximité de la sonde d'intubation orotrachéale, trismus majeur rendant difficile une réintubation en urgence). Le cas le plus fréquent concerne les patients présentant des difficultés de sevrage ventilatoire. La trachéotomie permet alors de lever la sédation et de verticaliser le patient.

D'éventuels gestes de reconstruction plastique locorégionale peuvent se révéler nécessaires, notamment en cas de nécrose du lambeau cutané (plus fréquente dans les formes gangréneuses). La montée d'un lambeau pédiculé musculo-cutané de grand pectoral ou chez la femme de grand dorsal permet alors de combler la perte de substance. En revanche, les corrections esthétiques des cicatrices ne sont réalisées qu'à distance. Outre l'exérèse simple d'une cicatrice hypertrophique, des plasties locales peuvent être utiles pour corriger la rétraction cutanée cervicale à l'origine d'une limitation de l'extension ou de la rotation cervicale, qui survient chez un quart des patients malgré une kinésithérapie prolongée.

Prise en charge médicale

Cette démarche chirurgicale ne se conçoit que dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire du patient.

Réanimation

La prise en charge réanimatoire du patient fait partie intégrante du traitement initial des cellulites cervicofaciales, au même titre que le traitement chirurgical.

L'antibiothérapie parentérale est débutée immédiatement après les prélèvements bactériologiques (hémocultures, prélèvements locaux opératoires). Elle est initialement probabiliste, active sur les germes suspectés (streptocoques, notamment du groupe A et F, du groupe *milleri* et anaérobies type *prevotella* sp. et *peptostreptococcus* [16,17]), double, bactéricide, synergique, à bonne diffusion tissulaire : association d'une bêtalactamine de type céphalosporine de troisième génération (ceftriaxone ou céfotaxime-imidazolé) [18]. En cas d'allergie aux bêta-lactamines, il est recommandé d'utiliser la clindamycine (Dalacine®). Une antibiothérapie plus « classique » de type amoxicilline-acide clavulanique (Augmentin®) est possible en raison de sa bonne efficacité sur les souches anaérobies, mais très souvent les patients l'ont déjà reçu comme traitement préalable à l'apparition de la cellulite : les conditions locales lui sont plutôt défavorables, une association aux aminosides est indispensable (qui n'ont pas d'action sur les anaérobies) [16,19]. La durée de l'antibiothérapie varie selon la gravité de l'infection initiale et surtout l'évolution du patient : d'un minimum de 15 jours jusqu'à plusieurs semaines.

La place de l'oxygénothérapie hyperbare est discutée et n'a pas été évaluée de façon randomisée [20–22]. Notre centre ne la pratique pas.

Concernant la sédation du patient, celle-ci est maintenue depuis l'intervention chirurgicale initiale par l'association d'une benzodiazépine et d'un morphinique. Cette sédation est profonde tant que des pansements chirurgicaux pluriquotidiens sont nécessaires. Elle prévient par ailleurs les risques d'extubation accidentelle des patients, dont les conséquences peuvent être redoutables en raison de l'œdème locorégional majeur qui crée des conditions de réintubation difficiles [18].

Un monitoring standard est utilisé. Les cathéters artériels et veineux centraux sont souvent nécessaires à la phase initiale. Les cathéters veineux sont préférentiellement placés en territoire fémoral dans la mesure où l'accès aux veines jugulaires est impossible et l'accès aux veines sous-clavières déconseillé du fait de la proximité du foyer infectieux.

Les défaillances hémodynamiques graves et les défaillances multiviscérales sont rares.

La réanimation comprend la prévention et le traitement de l'ensemble des complications de décubitus : escarres aux points d'appui, amyotrophie (recours à une kinésithérapie mobilisatrice biquotidienne), infection urinaire, atelectasies pulmonaires, pneumopathie acquise sous ventilation mécanique... Concernant la prévention des maladies veineuses thromboemboliques, dont le risque est majoré au niveau cervical en raison de l'état septique local, une anti-

coagulation par héparine non fractionnée intraveineuse à la seringue électrique est réalisée initialement à doses efficaces, puis après contrôle infectieux local baissée à dose isocoagulante, avec relais ultérieur par héparine de bas poids moléculaire en injection sous-cutanée. L'apparition d'une thrombose de veine jugulaire interne nécessite la poursuite d'une anticoagulation efficace pour une durée de trois mois.

La coordination des équipes chirurgicales et de réanimation est essentielle pour la réévaluation régulière des patients et optimiser la stratégie de drainage.

L'allègement de la sédation peut être envisagé quand le contrôle local est acquis, après fermeture cutanée. Le patient peut être réveillé avec passage en ventilation spontanée avec possibilité d'aide inspiratoire, précédant l'extubation. L'alimentation par voie entérale est privilégiée avec une sonde nasogastrique, mais débutée seulement après quelques jours de réanimation, pour éviter qu'une augmentation de perfusion du tube digestif ne se fasse au détriment de la vascularisation cervicale et de l'hémodynamique générale.

Une fois extubé, la reprise de l'alimentation est débutée en réanimation (test de déglutition à l'eau gélifiée) puis élargie rapidement à un régime semi-liquide en l'absence de fausses routes, avec ablation de la sonde nasogastrique.

Le patient peut alors être transféré dans le service d'ORL pour suite de la prise en charge.

Rééducation

Une rééducation est débutée en réanimation puis poursuivie en soins de suite voire à domicile.

Elle comprend plusieurs volets, dont l'importance varie en fonction des séquelles des patients, qu'elles soient liées à une réanimation prolongée ou aux interventions chirurgicales itératives.

La rééducation orthophonique s'attache à :

- améliorer les troubles de déglutition et cela, aux différents étages mis en jeu : travail sur la propulsion linguale (diminuée en cas d'atteinte du nerf XII), travail sur la phase pharyngée (apprentissage de la position de sécurité, exercices de renforcement) ;
- corriger les dysphonies (secondaires à une atteinte du nerf X ou du récurrent).

La kinésithérapie est :

- mobilisatrice : pour corriger l'amyotrophie ou les raideurs articulaires inhérentes à une réanimation prolongée ;
- respiratoire : drainage bronchique en cas d'encombrement bronchique ou de pneumopathie ;
- temporomandibulaire : en cas de trismus résiduel (notamment en cas de porte d'entrée dentaire), apprentissage des exercices de récupération d'amplitude articulaire, utilisation de dispositifs élastiques de type « sauterelle ».

Surveillance

La surveillance après la sortie de réanimation s'attache à vérifier :

- l'absence de récurrence de processus infectieux cervical : poursuite des irrigations sur lames au sérum salé, puis retrait progressif des lames ;
- le nombre et type de séquelles acquises par le patient. On surveillera notamment les premiers temps de la reprise alimentaire, à la recherche de troubles de déglutition qui feront pratiquer systématiquement une nasofibroscopie avec étude de la déglutition, pour authentifier des fausses routes alimentaires, diagnostiquer une insensibilité pharyngolaryngée ou une paralysie récurrentielle.

La sortie du patient est décidée quand son état est compatible avec un retour à domicile, ou, en cas d'impossibilité, le transfert en maison de convalescence ou en centre spécialisé pour la rééducation de la déglutition permet le suivi à terme de ces patients.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

- [1] Huang TT, Liu TC, et al. Deep neck infection: analysis of 185 cases. *Head Neck* 2004;26(10):854–60.
- [2] Reynolds SC, Chow AW. Life-threatening infections of the peripharyngeal and deep fascial spaces of the head and neck. *Infect Dis Clin North Am* 2007;21(2):557–76 [viii].
- [3] Lin C, Yeh FL, et al. Necrotizing fasciitis of the head and neck: an analysis of 47 cases. *Plast Reconstr Surg* 2001;107(7):1684–93.
- [4] Mohammadi I, Ceruse P, et al. Cervical necrotizing fasciitis: 10 years' experience at a single institution. *Intensive Care Med* 1999;25(8):829–34.
- [5] Bahu SJ, Shibuya TY, et al. Cranio-cervical necrotizing fasciitis: an 11-year experience. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;125(3):245–52.
- [6] Lanisnik B, Cizmarevic B. Necrotizing fasciitis of the head and neck: 34 cases of a single institution experience. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2010;26(7):415–21.
- [7] Marsot-Dupuch K, Portier F. Infections cervicales et pharyngolaryngées de l'adulte. *Feuill Radiol* 2003;43(6):508–16.
- [8] Lee JK, Kim HD, Lim SC. Predisposing factors of complicated deep neck infection: an analysis of 158 cases. *Yonsei Med J* 2007;48(1):55–62.
- [9] Reynolds SC, Chow AW. Severe soft tissue infections of the head and neck: a primer for critical care physicians. *Lung* 2009;187(5):271–9.
- [10] Ord R, Coletti D. Cervicofacial necrotizing fasciitis. *Oral Dis* 2009;15(2):133–41.
- [11] Becker M, Sbaren P, et al. Necrotizing fasciitis of the head and neck: role of CT in diagnosis and management. *Radiology* 1997;202(2):471–6.
- [12] SFORL. Recommandations pour la pratique clinique – Complications locorégionales des pharyngites. 2008.
- [13] De Freitas RP, Fahy CP, et al. Descending necrotizing mediastinitis: a safe treatment algorithm. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2007;264(2):181–7.
- [14] Sumi Y, Ogura H, et al. Nonoperative catheter management for cervical necrotizing fasciitis with and without descending necrotizing mediastinitis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;134(7):750–6.

- [15] Nakamori Y, Fujimi S, et al. Conventional open surgery versus percutaneous catheter drainage in the treatment of cervical necrotizing fasciitis and descending necrotizing mediastinitis. *AJR Am J Roentgenol* 2004;182(6):1443–9.
- [16] Fihman V, Raskine L, et al. Cervical necrotizing fasciitis: 8-years' experience of microbiology. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2008;27(8):691–5.
- [17] Huang TT, Tseng FY, et al. Factors affecting the bacteriology of deep neck infection: a retrospective study of 128 patients. *Acta Otolaryngol* 2006;126(4):396–401.
- [18] Mateo J, Petipas F, Payen D. Severe cervical skin and soft tissue infections and necrotizing fasciitis. *Ann Fr Anesth Reanim* 2006;25(9):975–7.
- [19] Bedos JP. Necrotising cutaneous infections and necrotizing fasciitis: what antibiotic agents to use and how? *Ann Fr Anesth Reanim* 2006;25(9):982–5.
- [20] Jallali N, Withey S, Butler PE. Hyperbaric oxygen as adjuvant therapy in the management of necrotizing fasciitis. *Am J Surg* 2005;189(4):462–6.
- [21] Flanagan CE, Daramola OO, et al. Surgical debridement and adjunctive hyperbaric oxygen in cervical necrotizing fasciitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009;140(5):730–4.
- [22] Krenk L, Nielsen HU, Christensen ME. Necrotizing fasciitis in the head and neck region: an analysis of standard treatment effectiveness. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2007;264(8):917–22.