

Cellulites orbitaires et périorbitaire chez l'enfant drépanocytaire : à propos d'un cas. Orbital and periorbital cellulitis in children with sickle cell disease: a case report.

Kanta Mariam¹, Goita Aissata¹, Touré Boubacari Ali¹, Berthé Diakalia Siaka¹, Kéné Sékou¹, Koureichi Mahamoud Mahamadou¹, Diabaté Drissa¹, Coulibaly Moussa¹, Coulibaly Mody¹, Keita Coumba¹, Sarro Yeya dit Sadio¹, Guindo Aldiouma¹.

¹: Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose.

Auteur correspondant

Mariam Kanta, chargée de recherche au centre de recherche et de lutte contre la drépanocytose de Bamako, Tel : +22376037157, Email : makanta2@yahoo.fr

Résumé

La cellulite orbitaire est une urgence ophtalmologique potentiellement cécitante. Sa survenue chez l'enfant drépanocytaire est rare mais grave, du fait de l'immunodépression fonctionnelle et du risque de confusion avec une crise vaso-occlusive.

Il s'agissait d'une fille de 10 ans, drépanocytaire SC non suivie. Elle s'est présentée avec une tuméfaction palpébrale bilatérale, fièvre à 39,6°C et céphalées. L'évolution a été marquée par l'adjonction d'une exophtalmie, un ptosis et une douleur oculaire le deuxième jour. Le scanner a objectivé une collection sous-orbitaire. Le bilan biologique montrait une anémie (Hb 7 g/dl) et une hyperleucocytose à 25 000/mm³. Un traitement par antibiotiques (ceftriaxone, métronidazole, gentamicine), anti-inflammatoires stéroïdiens et transfusion a été instauré. L'évolution a été favorable avec apyrexie au quatrième jour et régression de la tuméfaction.

Chez le drépanocytaire, la vaso-occlusion et l'asplénie fonctionnelle favorisent les infections à germes encapsulés. La cellulite orbitaire peut mimer une crise vaso-occlusive, retardant le diagnostic. Une antibiothérapie précoce et une surveillance étroite sont essentielles.

Conclusion : Devant tout œdème palpébral fébrile chez un enfant drépanocytaire, une cellulite orbitaire doit être évoquée sans délai pour éviter des complications visuelles ou neurologiques.

Mots clés : Cellulite orbitaire, Drépanocytose, Enfant, CRLD

Summary

Orbital cellulitis is a potentially blinding ophthalmologic emergency. Its occurrence in children with sickle cell disease is rare but serious, due to functional immunosuppression and the risk of confusion with a vaso-occlusive crisis.

The patient was a 10-year-old girl with sickle cell disease (SC) who was not under regular medical care. She presented with bilateral eyelid swelling, a fever of 39.6°C, and headaches. On the second day, her condition progressed to include exophthalmos, ptosis, and eye pain. A CT scan revealed a suborbital collection. Laboratory findings showed anemia (Hb 7 g/dl) and leukocytosis at 25,000/mm³. Treatment with antibiotics (ceftriaxone, metronidazole, gentamicin), steroidal anti-inflammatory drugs, and a blood transfusion was initiated. The patient's condition improved, with resolution of fever by the fourth day and regression of the swelling. In patients with sickle cell disease, vaso-occlusion and functional asplenia predispose them to infections caused by encapsulated bacteria. Orbital cellulitis can mimic a vaso-occlusive crisis, delaying diagnosis. Early antibiotic therapy and close monitoring are essential.

Conclusion: In any child with sickle cell disease presenting with febrile eyelid edema, orbital cellulitis should be considered immediately to prevent visual or neurological complications.

Keys words : Orbital cellulitis, Sickle cell disease, Child, CRLD

Pour citer cet article : Kanta M, Goita A, Touré BA, Berthé D, Guindo A. et al. Tuberculose osseuse chez une enfant drépanocytaire de 6 ans : rapport de cas de mal de Pot. *Remapath* 2026;10:6-10.

INTRODUCTION

La drépanocytose résulte de la substitution de la glutamine par la valine au 6^{ème} acide aminé de la chaîne β . L'hémoglobine incorporant cette substitution est appelée hémoglobine falciforme (HbS). Les patients hétérozygotes à ce locus présentent le trait drépanocytaire (HbAS) et sont généralement asymptomatiques, tandis que les patients homozygotes pour la mutation de la chaîne β falciforme présentent une drépanocytose (HbSS).

On estime que 300 000 nourrissons naissent chaque année avec une drépanocytose, la plupart en Afrique subsaharienne selon l'OMS [1]. Aux États-Unis, une naissance vivante sur 2 500 est atteinte de drépanocytose, et on estime que 100 000 patients atteints de drépanocytose vivent aux États-Unis [2]. Au Mali, la drépanocytose a une prévalence du gène drépanocytaire estimée entre 4% et 25% selon les régions, du nord au sud du pays [3]. Chaque année, le pays enregistre environ 5 000 à 6 000 naissances d'enfants drépanocytaires, tandis que le CRLD (centre de recherche et de lutte contre la drépanocytose) rapporte aussi plus de 10 000 à 12 000 naissances drépanocytaires selon d'autres estimations récentes [4].

La cellulite orbitaire (ou post-septale) est une infection des tissus mous de l'orbite (graisse, muscles) en arrière du septum orbitaire. Elle n'atteint pas le globe lui-même. Elle se distingue de la cellulite pré septale (péri-orbitaire), située en avant du septum. C'est une urgence ophtalmo-ORL potentiellement cécitante et vitale.

Les cellulites orbitaires de l'enfant sont rares et potentiellement graves [5]. Elle représente une infection aigue du tissu cellulo-grasieux d'origine bactérienne touchant plus fréquemment l'enfant. Elle est peu rencontrée dans d'autres contrées mais reste toujours d'actualité en Afrique. Nous rapportons le cas d'une cellulite palpébrale chez un enfant de 10 ans drépanocytaire hétérozygote SC. L'objectif de cette observation est de souligner la difficulté diagnostique de la cellulite orbitaire chez l'enfant drépanocytaire et de rappeler l'importance d'une prise en charge précoce afin de prévenir les complications sévères.

PRESENTATION DU CAS

Nous rapportons le cas de NT, sexe féminin, âgée de 10 ans avec un poids de 27 kg et une taille de 135 cm. Elle était drépanocytaire connue non suivie (pas de vaccination ni de pénicilliothérapie).

A l'admission, elle avait une tuméfaction palpébrale bilatérale non globuleuse accompagnée d'une forte fièvre (39,6°C) et d'une céphalée. Au deuxième jour, l'examen objectiva un œil douloureux, exophtalmique, globuleux avec une chute de la paupière (ptosis). Cette aggravation des symptômes a motivé la réalisation d'un scanner en urgence qui a montré une collection sous orbitaire (cellulite).

Le traitement était à base d'antalgique, d'anti-inflammatoires (anti-inflammatoires) stéroïdiens, d'antibiotique à large spectre (ceftriaxone, métronidazole, et gentamycine). Devant des signes d'intolérance, une transfusion a été effectuée. Elle avait 25.000 / mm³ de globules blancs. Les plaquettes étaient à 350.000 / mm³.

L'évolution a été marquée par une apyrexie (36,5 °C) au quatrième jour d'hospitalisation et une régression notable de la tuméfaction oculaire.

DISCUSSION

La cellulite orbitaire représente une urgence infectieuse grave, dominée par le risque de complications visuelles et intracrâniennes. Sa survenue sur un terrain de drépanocytaire soulève des enjeux spécifiques liés à l'association de mécanismes infectieux et ischémiques.

Notre patiente était initialement hospitalisée pour crise vaso-occlusive sur terrain drépanocytaire. Son tableau clinique évoluait vers une cellulite orbitaire et périorbitaire.

La cellulite constituerait une complication infectieuse relativement fréquente chez les patients atteints de drépanocytose. Les mécanismes physiopathologiques sous-jacents associent une ischémie tissulaire, une dysfonction immunitaire et une susceptibilité accrue aux infections bactériennes [5].

Sur le plan physiopathologique, la drépanocytose se caractérise par des phénomènes répétés de vaso-occlusion responsable d'une hypoxie et d'une ischémie locale. Ces altérations microvasculaires peuvent se voir même au niveau oculaire favorisant l'infection, créant des portes d'entrée pour les agents infectieux. Par ailleurs, l'asplénie fonctionnelle, fréquente au cours de la maladie, altère l'immunité humorale et réduit la clairance des bactéries encapsulées, augmentant ainsi le risque d'infections cutanées et des tissus mous, notamment les cellulites. L'asplénie fonctionnelle rend ces patients 20 à 30 fois plus exposés aux infections graves à germes encapsulés (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*).

Selon la littérature, 30 à 50 % des hospitalisations de patients drépanocytaires seraient liées à une cause infectieuse [6]. L'incidence des septicémies à pneumocoque non vaccinées peut atteindre 10% chez l'enfant de moins de 5 ans [7], l'incidence annuelle de la septicémie à pneumocoque chez les enfants drépanocytaires était de 10 cas pour 100 personnes-années [7].

Le diagnostic de la cellulite chez le patient drépanocytaire peut être retardé du fait d'une confusion clinique fréquente avec une crise vaso-occlusive. Cet état est d'autant plus marqué lorsque la douleur, l'œdème et la chaleur locale sont au premier plan. Sur le plan clinique, les symptômes les plus fréquents seraient une baisse de l'acuité visuelle (66,6%), une exophtalmie et un ptosis (33,3%) [8]. Cette difficulté diagnostique peut retarder l'instauration d'une antibiothérapie adaptée et exposer à des complications locales (abcédation, extension profonde) ou systémiques (sepsis). Dans ce contexte, la présence de signes inflammatoires locaux associés à une fièvre persistante doit faire évoquer en priorité une étiologie infectieuse.

Les patients atteints de drépanocytose constituent un groupe à risque de contracter des infections en raison de leur immunodéficience et de leurs expositions aux germes nosocomiaux. Chez le patient drépanocytaire, une couverture antibiotique probabiliste précoce et adaptée est donc essentielle, tenant compte du risque accru d'évolution défavorable. La prise en charge thérapeutique repose sur une antibiothérapie et d'autres mesures telles qu'une

hydratation, un contrôle de la douleur et la prévention des complications vaso-occlusives. Une surveillance clinique est indispensable afin de détecter précocement toute aggravation ou complication.

La survenue d'une cellulite orbitaire chez un drépanocytaire constitue un double facteur de gravité. Sur le plan infectieux et hématologique, il y'a un risque de complications septiques et d'hypoxie locale. Cela pourrait aggraver une crise vaso-occlusive.

Le diagnostic précoce de la cellulite chez cette patiente permet de réduire la morbidité et d'améliorer le pronostic fonctionnel. Ce cas souligne l'importance de la prévention des infections chez les patients drépanocytaires. Cette prévention reposerait sur la vaccination, l'éducation thérapeutique et une prise en charge rapide de toute lésion cutanée.

RÉFÉRENCES

1. World Health Organisation. Sickle-cell disease [Internet]. [cité 26 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sickle-cell-disease>
2. Obeagu EI, Adias TC, Obeagu GU. Advancing life: innovative approaches to enhance survival in sickle cell anemia patients. *Ann Med Surg*. 2024;86(10):6021-36.
3. Allo Docteurs. Au Mali, la drépanocytose tue beaucoup d'enfants [Internet]. 2022 [cité 26 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.allodocteurs.fr/au-mali-la-drepanocytose-tue-beaucoup-denfants-43876.html>
4. Fondation Pierre Fabre. Mali : un centre de prise en charge de la drépanocytose à Kayes. Fondation Pierre Fabre [Internet]. 3 juin 2016 [cité 26 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.fondationpierrefabre.org/fr/suivre-notre-action/mali-inauguration-de-la-1ere-unite-de-prise-en-charge-delocalisee-de-la-drepanocytose/>

CONCLUSION

L'association cellulite orbitaire et drépanocytose constitue une urgence diagnostique et thérapeutique. La persistance de signes inflammatoires locaux ou l'apparition d'une exophtalmie doivent faire évoquer rapidement une étiologie infectieuse. Elle nécessite une reconnaissance précoce, une prise en charge antibiotique rapide et une surveillance multidisciplinaire afin de prévenir les complications visuelles, locales et systémiques

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun.

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Tous les auteurs ont contribué d'une manière ou d'une autre à l'élaboration de ce travail et ceci du début jusqu'à la fin.

5. Gibbons AB, Elsafy R, Campbell A, Li E. Trends in orbital cellulitis severity and management: 2016 through 2022. *Orbit*. 2025;44(2):163-70.
6. Gupta S, Goyal R, Gupta RK. Clinical presentation and outcome of the orbital complications due to acute infective rhino sinusitis. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg Off Publ Assoc Otolaryngol India*. août 2013;65(Suppl 2):431-4. doi:10.1007/s12070-013-0646-6 PubMed PMID: 24427692; PubMed Central PMCID: PMC3738796.
7. Kavanagh PL, Fasipe TA, Wun T. Sickle cell disease: a review. *Jama*. 2022;328(1):57-68.
8. Shehadeh W, Onyejesi CD, Ram MD, Cheema S, Fahmy K, Saleem NUA, et al. Periorbital and orbital cellulitis in pediatric emergency medicine: Diagnostic challenges and evidence-based guidance. *Curr Treat Options Pediatr*. 2025;11(1):12.