

PATHOLOGIE DES GLANDES SALIVAIRES

FRANCK JEGOUX, praticien hospitalier

SERVICE ORL ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHU PONTCHAILLOU

franck.jegoux@chu-rennes.fr

Sommaire

1 RAPPELS:	4
1.1 GLANDES SALIVAIRES PRINCIPALES:	4
1.2 GLANDES SALIVAIRES ACCESSOIRE:	4
2 PROBLÈME POSÉ PAR LE DIAGNOSTIC DES TUMÉFACTIONS SALIVAIRES:..	5
3 TUMÉFACTION NON INFLAMMATOIRE UNILATÉRALE: PATHOLOGIE	
TUMORALE	6
3.1 TUMEURS BÉNIGNES:	6
3.1.1 <i>Les adénomes pléiomorphes ou tumeurs mixtes de la parotide</i>	7
3.1.2 <i>Les autres tumeurs bénignes</i>	9
3.2 LES TUMEURS ÉPITHÉLIALES MALIGNES	9
3.2.1 <i>Tumeurs épithéliales à malignité atténuée</i>	9
3.2.2 <i>Tumeurs à forte malignité</i>	10
4 TUMÉFACTION NON INFLAMMATOIRE BILATÉRALE: SIALOSES.....	12
4.1 SIALADÉNOSES:	12
4.1.1 <i>Sialoses systémiques:</i>	13
5 TUMÉFACTION INFLAMMATOIRE: SIALITES	15
5.1 PRISE EN CHARGE GLOBALE:	15
5.2 SIALADÉNITE	15
5.2.1 <i>bilatérale: La parotidite ourlienne.....</i>	<i>15</i>
5.2.2 <i>Unilatérale: Parotidite microbienne (aigüe ou chronique)</i>	<i>17</i>
5.3 SIALODOCHITES.....	22
5.3.1 <i>Mégacanaux salivaires bilatéraux idiopathiques.....</i>	<i>22</i>
5.3.2 <i>Lithiase salivaire des glandes principales</i>	<i>23</i>

5.4 SIALITES GLOBALES29

6 LES AUTRES GLANDES29

6.1 GLANDE SUB LINGUALE29

6.2 GLANDES ACCESSOIRES.....30

1 Rappels:

1.1 *Glandes salivaires principales:*

Paires et symétriques, trois de chaque côté.

Parotides: canal de Sténon (abouchement face interne de la joue en regard de la 2ème molaire supérieure/ Palpable en arrière de la branche montante de la mandibule au dessus du niveau de l'angle/ tuméfaction qui refoule de façon pathognomonique le lobule de l'oreille/ prolongement profond qui peut être au contact de la paroi pharyngée / Traversée par le nerf facial qui la sépare en lobes superficiel et profond/

Sous-mandibulaires: canal de Wharton (abouchement de part et d'autre du frein de la langue, palpable sous le rebord basilaire de la mandibule, en avant du niveau de l'angle mandibulaire, les doigts en crochet / Longée en dedan par le nerf lingual (sensitif) et le nerf hypoglosse (XII moteur).

Sublinguale: canal de Rivinus (abouchement adjacent à l'ostium du wharton ou dans le canal lui-même/ Tuméfaction à expression endobuccale, le long de la crête salivaire

1.2 *Glandes salivaires accessoire:*

petite taille (quelques millimètres, réparties dans toute la muqueuse de la cavité buccale en particulier les lèvres (biopsies faciles), le palais et le voile. Pathologie peu fréquente mais souvent tumorale maligne.

2 Problème posé par le diagnostic des tuméfactions salivaires:

Le diagnostic causal se pose différemment :

- dans les tuméfactions inflammatoires, où la cause est en général facilement reconnue
- dans les tuméfactions non inflammatoires, où, malgré les examens complémentaires les plus poussés (échographie, IRM, ponction cytologique à l'aiguille fine, bilan hématologique), la cause n'est découverte que lors de l'examen extemporané au cours de la parotidectomie exploratrice, ou parfois même de l'examen histologique définitif de la totalité de la pièce opératoire.

Il y a donc:

- Les tuméfactions inflammatoires (sialites: sialodochite et sialadénites)
- Les tuméfactions non inflammatoires
 - unilatérales : les tumeurs
 - bilatérales: les sialoses

3 tuméfaction non inflammatoire unilatérale:

Pathologie tumorale

Conduite à tenir globale:

La tuméfaction bénigne se présente en toute logique de façon isolée, asymptomatique, d'aspect régulier et mobile, alors que la présence d'adénopathies, d'une paralysie nerveuse (le VII pour la parotide), d'une limitation de la mobilité, d'un trismus, ou de douleurs doivent faire évoquer une tumeur maligne.

CAT:

En l'absence de signe clinique de malignité :

Echographie + Cytoponction

TDM et IRM discutables: si réticence à la chirurgie d'exérèse (AEG, refus) dans le but d'approcher le plus possible du diagnostic de nature.

Exérèse + examen extemporané +/- évidement cervical si malin

En présence de signes cliniques de malignité (PF, ADP, trismus, douleur, fixité):

IRM ++ ou TDM injectée --> étude de la résecabilité

Chirurgie : exérèse (parotidectomie exploratrice superficielle ou profonde selon le siège)+ extemporané +/- curage cervical si malignité confirmée

3.1 Tumeurs bénignes:

Elles sont en grande majorité des tumeurs de la glande parotide et évoluent sous forme de nodule de la loge parotidienne. Leur problème n'est que diagnostic car leur

traitement par exérèse complète est efficace. Seuls les adénomes pléomorphes posent le problème de la récurrence locale et de l'éventuelle dégénérescence.

3.1.1 Les adénomes pléomorphes ou tumeurs mixtes de la parotide

Tumeurs parotidiennes les plus fréquentes. Elles représentent plus de 50% des tumeurs parotidiennes et 80% des tumeurs épithéliales bénignes

Histo: coexistence d'éléments épithéliaux et mésenchymateux (d'où leur nom de tumeur mixte).

Epidémiologie: Elles s'observent à tout âge, avec un maximum de fréquence entre 30 et 60 ans, sans prédominance de sexe.

Clinique: Elles siègent le plus souvent dans le lobe superficiel de la glande ; elles peuvent quelquefois affecter les prolongements antérieur ou profond, posant alors des problèmes diagnostiques avec les tumeurs jugales (prolongement antérieur) ou parapharyngées (lobe profond de la parotide).

Cliniquement, elles se présentent comme un syndrome tumoral progressif et isolé : une tuméfaction unilatérale de la loge parotidienne, de consistance variable. Absence de signe fonctionnel, absence d'adénomégalie. La mimique faciale est toujours normale ; l'existence d'une paralysie faciale, même très partielle doit faire réviser le diagnostic de tumeur mixte, ou faire craindre sa dégénérescence maligne. La tuméfaction développée au détriment du lobe profond est responsable d'une voûture au niveau du pilier antérieur de l'amygdale.

Evolution: Elles sont souvent remarquées fortuitement, car indolores et de croissance très lente. Elles peuvent atteindre des proportions considérables si elles sont négligées par le patient.

Les examens complémentaires ont deux objectifs :

- Affirmer le siège intraparotidien de la tumeur :
 - L'échographie est suffisante : tumeur parotidienne tissulaire
 - La TDM et l'IRM n'ont que peu d'intérêt dans les cas typiques, elles sont

utiles en cas de voussure parapharyngée (pilier antérieur de l'amygdale).

- Approcher la nature bénigne ou maligne et éventuellement le type histologique :

- L'IRM, assez caractéristique, mais non pathognomonique montre un hyposignal en T1, un hypersignal souvent festonné en T2. Elle n'est pas demandée systématiquement.

- La ponction cytologique n'a de valeur que positive. Dans tous les autres cas elle ne peut se substituer à l'examen histologique.

La prise en charge est chirurgicale. C'est une parotidectomie exploratrice avec repérage, dissection et conservation du nerf facial. Exérèse tumorale sans effraction capsulaire, analyse anatomopathologique extemporanée, en cas de confirmation du diagnostic: parotidectomie totale ou subtotale. Le pronostic est alors tout à fait favorable. Les complications sont la PF transitoire (ou définitive!), l'apparition d'un syndrome de Frey (hypersudation perprandiale dans le territoire temporal) est fréquente.

Evolution après traitement: le risque de récurrence locale est dépendant de la qualité de l'exérèse initiale, évalué entre 2 et 4 % après parotidectomie totale ou subtotale. Le risque de cancérisation est très faible, le plus souvent au cours d'une tumeur évoluant depuis plusieurs dizaines d'années ou récidivante. La surveillance doit être prolongée.

3.1.2 Les autres tumeurs bénignes

o Le cystadénolymphome ou tumeur de Warthin (5 à 10 % des tumeurs parotidiennes). Il ne s'observe qu'au niveau de la glande parotide et peut être bilatéral. Apanage de l'homme de 40 à 60 ans, il est de siège généralement polaire inférieur ; sa consistance est molle ou élastique, son évolution lente. Le diagnostic est confirmé lors de la parotidectomie exploratrice et le traitement consiste en une parotidectomie partielle, avec conservation du nerf facial. Le pronostic est bénin.

o Les adénomes monomorphes, ou adénome simple (10 à 15% des tumeurs parotidiennes), les adénomes oxyphile ou oncocytome (1 % des tumeurs de la parotide)

3.2 Les tumeurs malignes

Elles représentent environ 8 à 18 % des tumeurs des glandes salivaires.

3.2.1 Tumeurs à malignité atténuée

Carcinomes mucoépidermoïdes représentent environ 45% de toutes les tumeurs malignes des glandes salivaires. Elles ont une évolution bénigne le plus souvent (grade I) mais parfois peuvent devenir infiltrantes et donner des métastases (grades II). Elles touchent hommes et femmes entre 20 et 60 ans. Le traitement chirurgical est de rigueur, d'autant plus agressif que le grade est élevé. Les carcinomes mucoépidermoïdes de grade III sont des tumeurs à fort potentiel de malignité.

Tumeurs à cellules acineuses représentent environ 10% de toutes les tumeurs malignes des glandes salivaires. Elles sont plus fréquentes chez la femme de la

cinquantaine. Leur évolution est caractérisée par la survenue de métastases ganglionnaires ou à distance dans 5 à 10 % des cas, avec une survie à 5 ans de 80 %.

3.2.2 Tumeurs à forte malignité

3.2.2.1 Les adénocarcinomes

Ils représentent environ 20% des tumeurs malignes des glandes salivaires. Ces tumeurs malignes s'observent à tout âge ;

La tuméfaction parotidienne augmente rapidement de volume, infiltrant toute la glande. Elle est souvent douloureuse. Elle peut s'accompagner d'adénopathies cervicales et d'une paralysie faciale. L'IRM montre une tumeur aux contours mal définis, en hyposignal hétérogène en T1 avec forte prise de contraste après gadolinium. Le traitement doit être agressif associant une parotidectomie totale avec évidement ganglionnaire, suivie de radiothérapie. Le pronostic est très péjoratif, malgré ce traitement.

3.2.2.2 Les carcinomes adénoïdes kystiques ou cylindromes

Ils représentent environ 10% des tumeurs malignes de toutes les glandes salivaires, et s'observent à tout âge, volontiers chez la femme. La clinique est celle d'une tumeur parotidienne dure, inégale, de croissance assez rapide. S'y associent volontier des douleurs spontanées et à la palpation. L'examen eut retrouver une PF.

La gravité de cette tumeur provient de son potentiel de récurrence locale, de sa tendance à l'engainement périnerveux et de l'éventualité fréquente de métastases générales (pulmonaires, osseuses) parfois tardives (nombreuses années après le traitement

initial). La parotidectomie totale avec conservation du nerf facial doit être suivie d'une radiothérapie. Le curage est discutable (envahissement ganglionnaire rare).

3.2.2.3 Autres carcinomes

Carcinomes mucoépidermoïdes de forte malignité (grade III)

Carcinomes épidermoïdes et indifférenciés représentent environ 5% de toutes les tumeurs malignes des glandes salivaires. Leur pronostic est très mauvais. La prise en charge est agressive par parotidectomie totale + curage + radiothérapie.

4 Tuméfaction non inflammatoire bilatérale: Sialoses

4.1 Sialadénoses:

De nombreux facteurs sont responsables d'augmentations homogènes diffuses, chroniques et indolores des glandes salivaires. Ce sont surtout les parotides qui sont les plus touchées.

Il s'agit de :

- Aliments riches en amidon (gros consommateurs de pain)
- Hypertriglycéridémie
- Alcoolisme
- Cirrhose
- Malnutrition
- Dysorexies névrotiques (jeunes femmes névrotiques et déprimées avec troubles de type boulimie-vomissement, voire d'une anorexie mentale)
- Diabète, goutte
- Médicamenteuse (antidépresseurs, phénothiazines, réserpine...)
- Constitutionnelle

4.1.1 Sialoses systémiques:

4.1.1.1 La sarcoïdose ou maladie de Besnier-Boeck-Schaumann (BBS)

L'association d'une hypertrophie parotidienne bilatérale, indolore, rapidement installée et d'une uvéite (uvéoparotidite) réalise le syndrome de Heerfordt, typique d'une sarcoïdose ; il s'accompagne souvent d'une paralysie faciale, et éventuellement d'autres manifestations : cutanées, osseuses, pulmonaires, ganglionnaires, viscérales de la maladie de BBS. Le diagnostic est suspecté devant la négativité de l'IDR, et confirmé par le dosage de l'activité plasmatique de l'enzyme de conversion et l'examen histologique. L'évolution de cette atteinte parotidienne est souvent rapidement favorable.

4.1.1.2 Les syndromes secs

Ils associent un gonflement parotidien bilatéral diffus, une sécheresse oculaire (xérophtalmie) et buccale (xérostomie).

Le syndrome de Gougerot-Sjögren :

Il est le plus caractéristique, isolé ou associé à d'autres manifestations auto-immunes : polyarthrite rhumatoïde, LED, atteintes digestives, rénales, musculaires, neurologiques... Il survient surtout chez la femme entre 40 et 60 ans. Il s'agit d'une maladie auto-immune.

Le diagnostic est établi par la biopsie des glandes salivaires accessoires. Celle-ci est réalisée sous anesthésie locale par la muqueuse de la lèvre inférieure. Trois glandes au minimum doivent être prélevées en respectant au maximum leur architecture.

Le traitement, décevant, fait appel à l'immunothérapie, la corticothérapie, aux larmes et salives artificielles et aux sialagogues. Il peut évoluer vers un lymphome qu'il faudra évoquer devant une évolution tumorale parotidienne.

4.1.1.3 La pathologie parotidienne dans le cadre de la séropositivité VIH

Cliniquement, on constate une augmentation de volume de la parotide dans laquelle sont individualisées des formations kystiques parfois volumineuses. L'atteinte est le plus souvent bilatérale, indolore, esthétiquement gênante. La pathologie est dominée par des lésions lympho-épithéliales bénignes : hyperplasie lymphoïde kystique. Le problème est là aussi d'éliminer une tumeur maligne. L'hyperplasie lymphoïde kystique régresse le plus souvent sous traitement antirétroviral. Sa persistance peut faire discuter une parotidectomie superficielle.

5 Tuméfaction inflammatoire: Sialites

5.1 *Prise en charge globale:*

L'inflammation de la glande elle-même est appelée sialadénite et celle du canal une sialodochite. En fait les deux sont parfois très intriquées.

Les tableaux principaux sont:

Sialadénite:

Bilatérale: Virale (oreillons)

Unilatérale: Bactérienne = Parotide aigüe suppurée, Parotidites chroniques

Sialodochite:

Mégacanaux idiopathiques bilatéraux

Lithiases salivaire (sous maxillaire et parotidienne)

Sialites globales:

sialodochite par lithiase --> sialadénite par rétention

calcinose

5.2 *sialadénite*

5.2.1 bilatérale: La parotidite ourlienne

La plus fréquente des affections salivaires est la sialadénite ourlienne (oreillons). La Ligue française pour la prévention des maladies infectieuses a avancé pour la France, le nombre de 300 000 cas d'oreillons par an.

5.2.1.1 Etiologie-épidémiologie

L'agent causal est un paramyxovirus à ARN.

Le virus se transmet par contact direct et par les gouttelettes de salive. Maximum d'incidence avant 5 ans. Les deux sexes sont également atteints mais les complications sont 3 fois plus fréquentes chez les garçons : orchite, méningite, encéphalite, surdité...

L'incubation, silencieuse, de 18 à 21 jours.

5.2.1.2 Clinique

Phase d'invasion de 24 à 36 heures. Grande contagiosité. Douleur provoquée par la palpation de la parotide (classiques points douloureux de Rilliet), une sécheresse de la bouche et la rougeur autour de l'ostium du canal de Sténon.

Phase d'état: parotidite. Tuméfaction de la parotide douloureuse spontanément, à la mastication et à la palpation. D'abord unilatérale, la parotidite se bilatéralise en 2 ou 3 jours. La salive rare aux ostiums reste claire, jamais purulente. Les signes généraux sont variables d'un sujet à l'autre : fièvre, bradycardie, signes méningés (céphalée, raideur), lymphocytose.

La guérison se fait en une dizaine de jours.

5.2.1.3 Diagnostic différentiel

Le problème se pose surtout avec le premier épisode de la parotidite bactérienne chronique de l'enfant, le premier épisode infectieux d'une lithiase parotidienne, les parotidites allergiques ou toxiques (des anti-inflammatoires non stéroïdiens notamment), les sialomégalies nutritionnelles au début (surtout syndrome dysorexie-aménorrhée-sialomégalie).

La présence d'un fort tableau général de virose et l'absence d'autre contexte fait évoquer le diagnostic de parotidite ourlienne ce d'autant qu'il y a eu contagé trois semaines auparavant.

5.2.1.4 traitement

Les formes classiques bénignes ne sont traitées que par l'isolement (éviction scolaire de 15 jours), le repos au lit et des antalgiques. Les sialagogues parasymphomimétiques (teinture de Jaborandi, Génésérine®) sont capables de raccourcir la phase de déficit salivaire et de stase canalaire.

La relative fréquence des complications et la gravité de certaines d'entre elles justifient pleinement la vaccination à partir de l'âge de 12 mois (vaccin Imovax® Mérieux, triple vaccin rougeole-oreillons-rubéole ou R.O.R.®).

D'autres sialites virales sont méconnues ou rares. Les virus de la grippe, Coxsackie A (entérovirus), ECHO, peuvent aussi se manifester par une parotidite.

Peu de virus en dehors des oreillons entraînent des manifestations de la glande sous mandibulaire.

5.2.2 Unilatérale: Parotidite microbienne (aigüe ou chronique)

5.2.2.1 Parotidite aigüe microbienne

A l'état normal, la salive est stérile dans les accini et les canaux efférents. L'infection des canaux et du parenchyme salivaire peut être ascendante (d'origine buccale), hémotogène, ou encore par effraction d'une infection de voisinage (cellulite de la face, adénite intra-parotidienne,...)

Le mécanisme d'infection par voie ascendante canalaire paraît prépondérant, corrélé généralement à une flore polymicrobienne, à prédominance streptococcique. Les parotidites hématogènes sont monomicrobiennes.

Divers facteurs favorisent le développement de l'infection :

- l'hyposialie des opérés, des déshydratés et des malades traités par médicaments inhibiteurs de la salivation ;
- le mauvais état buccodentaire
- l'immunodépression spontanée (personne âgées, SIDA), ou induite par les immunodépresseurs.

5.2.2.1.1 Forme typique

Fièvre avec pouls en rapport, la douleur parotidienne otalgique, exacerbée par la mastication, un trismus moyen, la tuméfaction de la parotide sous une peau érythémateuse ou violacée qui adhère aux plans profonds. Une paralysie faciale est rare mais possible. L'examen endobuccal montre l'ostium du canal de Sténon rouge et turgescent, qui laisse sourdre du pus ou de la salive mucopurulente.

En l'absence de traitement adapté à ce stade l'évolution se fait vers la suppuration franche et le risque de fistulisation à la peau si le drainage ne se fait pas par le canal.

L'échographie est un examen intéressant en cas d'échec du traitement initial, en cas de fluctuation à la palpation faisant craindre une collection purulente.

5.2.2.1.2 Formes cliniques

Les parotidites hémotogènes comportent un risque de fistulisation cutanée plus grand que les parotides ascendantes.

Dans les parotidites par effraction d'une adénite intra-parotidienne on retrouve un nodule inflammatoire initial, une porte d'entrée cutanée ou muqueuse.

5.2.2.1.3 Traitement

Préventif: supprimer les causes d'infection buccale, favoriser une bonne sécrétion salivaire (réhydratation).

Curatif, il est avant tout antibiotique : AUGMENTIN(amoxicilline+acide clavulanique), PYOSTACINE (pristinamycine) ou ROVAMYCINE (spiramycine).

On peut y adjoindre un stimulateur de la sécrétion salivaire par un sialagogue (Généserine® 2granules trois fois par jours pendant 8 jours').

En cas de collection purulente, le drainage s'impose.

5.2.2.2 Parotidite bactérienne chronique de l'enfant

C'est une affection non exceptionnelle. A son début, elle est souvent confondue avec les oreillons.

Les bactéries en cause sont presque toujours à Gram positif : streptocoques , pneumocoque et staphylocoque.

5.2.2.2.1 Clinique

Le premier épisode de parotidite survient souvent vers l'âge de 4 ou 5 ans.

Le début de chaque épisode aigu, parfois précédé par 24 heures d'asthénie, est marqué par l'apparition rapide, souvent au cours d'un repas, d'une tuméfaction parotidienne unilatérale partielle, douloureuse et ferme.

Mais surtout l'examen endobuccal et l'expression manuelle douce de la glande permettent de constater l'issue par l'ostium du canal de Sténon, qui n'est pas forcément rouge, d'un peu de salive mucoïde contenant quelques petits grumeaux de pus.

5.2.2.2 Examens complémentaires

L'examen bactériologique de la salive met en évidence une flore polymicrobienne apparemment d'origine buccale. L'antibiogramme sera utile au choix de l'antibiotique malgré la pluralité des germes.

L'échographie non agressive est cependant peu rentable. Beaucoup plus explicite est la sialographie faite avec du lipiodol ultrafluide, qui montre dans tous les cas des petites images cavitaires rondes en plein parenchyme, plus ou moins clairement appendues à des images de canalicules. Il s'agit de l'aspect en plombs de chasse ou en pommier en fleurs. Cette sialographie peut être réalisée dès l'âge de 5 ans avec quelques gouttes de lipiodol.

5.2.2.3 Evolution et traitement

Chaque épisode aigu évolue généralement spontanément vers la sédation en 3 à 10 jours. Ces épisodes successifs rentent unilatéraux, mais ils sont souvent à bascule, successivement droit et gauche.

Traitement général:

- Chaque épisode est abrégé par l'antibiothérapie générale choisie en fonction de l'antibiogramme. L'antibiothérapie est la même que pour une parotidite aiguë.
- Sialogogues (Génésérine)

Les traitements locaux possibles:

- lavage de la glande par voie canalaire avec de la pénicilline est réalisable dès l'âge de 5 ans. Des séries de 3 lavages, à quelques jours d'intervalle, et répétées systématiquement tous les trimestres contribuent à la régression des lésions.
- mise en place à demeure d'un cathéter dans le canal de Sténon et l'irrigation de la glande pendant une semaine permettent des améliorations spectaculaires.
- cures de sialalogues (Génésérine®) ne sont pas non plus négligeables,

L'évolution se fait le plus souvent vers une résolution des épisodes vers la puberté mais l'affection peut se prolonger à l'âge adulte.

5.2.2.3 Parotidites microbiennes chroniques de l'adulte

Elles sont l'aboutissement d'affections diverses.

Le tableau clinique est celui d'une tuméfaction parotidienne bilatérale chronique avec suppuration salivaire par le canal de Sténon sans douleur. Seuls les épisodes de surinfection ou de poussées aiguës se manifestent de façon similaire aux parotidites aiguës et donc avec douleur à la mastication et à la palpation de la glande.

La sialographie montre les lésions parenchymateuses chroniques (grosses gouttes de lipiodol) et les lésions canalaire (dilatations irrégulières).

Causes:

Soit d'origine canalaire: une sialodochite ou des mégacanaux salivaires.

Soit d'origine parenchymateuse: une sialadénite initiale (parotidite chronique de l'enfant qui n'a pas guéri à la puberté ou une calcinose (cf. infra Sialoses)).

Il faut savoir écarter le diagnostic de maladie de Gougerot.

Traitement:

Il devra être adapté à la cause.

L'antibiothérapie par voie générale n'est justifiée que dans les épisodes d'infection aiguë. Des lavages des canaux avec de la pénicilline sont utiles dans tous les cas à condition de les répéter 2 ou 3 fois à quelques jours d'intervalle.

L'exérèse de la glande est souvent envisagée mais la décision d'une parotidectomie bilatérale ne doit être prise qu'en se rappelant que la parotidectomie est toujours difficile en tissu infecté et dangereuse pour le nerf facial.

5.3 Sialodochites

5.3.1 Mégacanaux salivaires bilatéraux idiopathiques

Le motif de la première consultation est le plus souvent l'augmentation passagère du volume d'une glande salivaire principale, parfois un épisode douloureux plus durable, et des troubles salivaires divers : sialorrhée en jet.

L'examen clinique permet en général le diagnostic. L'ostium est fréquemment rouge et oedématié. La salive est le plus souvent abondante, d'aspect muqueux, de viscosité augmentée ou inégale avec des bouchons mucoïdes. La découverte d'un phénomène « d'éjaculation salivaire », à l'expression manuelle de la glande, objective à la fois la dilatation canalaire et la valeur fonctionnelle de la glande.

La palpation du canal tuméfié est en règle indolore.

La sialographie montre des dilatations du canal principal de la glande qui apparaît trop long et sinueux avec un aspect en « chapelet de saucisses ».

La bilatéralité de ces images permet pratiquement d'affirmer le diagnostic de mégacanaux.

Le traitement de cette affection de cause non déterminée ne peut être que symptomatique.

Expression manuelle de la salive, par massage canalaire d'arrière en avant, répété plusieurs fois par jour et, dans les cas rebelles, antibiothérapie par voie générale (amoxicilline ou macrolide) et par voie canalaire (lavages par l'ostium avec de la pénicilline).

Il n'y a pas d'indication aux sialagogues puisqu'il s'agit en fait non d'un déficit sécrétoire mais d'une dysplasie canalaire pariétale.

5.3.2 Lithiase salivaire des glandes principales

La lithiase est la plus courante des affections salivaires, sauf chez l'enfant où elle ne se place que loin derrière les oreillons.

La pathogénie de la lithiase salivaire demeure incertaine. Le facteur le plus généralement admis est l'infection microbienne ascendante.

5.3.2.1 Lithiase sous-mandibulaire

C'est la plus fréquente des lithiases salivaires.

5.3.2.1.1 Clinique

- Accidents mécaniques

La hernie salivaire (de Garel) est le signe le plus fréquemment révélateur de l'obstacle salivaire : lors d'un repas une tuméfaction s'installe brusquement sous le bord basilaire de la mandibule, en avant de l'angle, puis à la fin du repas la tuméfaction disparaît alors que le patient ressent un écoulement de salive dans la bouche.

La colique salivaire (de Morestin) traduit la rétention totale de la salive et le spasme du canal. La douleur intense survient brutalement et siège dans le plancher de la bouche, la langue, et irradie vers l'oreille. Douleur et tuméfaction disparaissent là encore rapidement après une brève sialorrhée.

Ces hernies et coliques se reproduisent à chaque repas pendant une période variable. En l'absence de traitement ou d'expulsion spontanée du calcul, surviennent les accidents infectieux.

- Accidents infectieux

Whartonite: La sialodochite du canal de Wharton débute brutalement par des douleurs du plancher irradiant vers l'oreille associées à une dysphagie, à de la fièvre.

A l'examen, la crête salivaire est tuméfiée, rouge, douloureuse. L'ostium est turgescent et laisse sourdre du pus.

Périwhartonite: L'abcès péricanalaire du plancher (périwhartonite) est révélé par des douleurs et une dysphagie s'accroissant, associées à une fièvre élevée et à un trismus. Il s'agit cette fois d'une cellulite sus-mylohyoïdienne unilatérale soulevant l'hémilangue, mais séparée de la mandibule par un sillon, ce qui la distingue d'une cellulite de cause dentaire. La suppuration à l'ostium confirme son origine salivaire.

L'évolution spontanée peut se faire en quelques jours vers la fistulisation dans la bouche, parfois avec évacuation du calcul.

La rétention de la salive plus ou moins infectée par voie ascendante va se traduire par une infection du parenchyme glandulaire (sous maxillite et parotidite)

Sous-maxillite: tumefaction douloureuse sous mandibulaire avec irradiation de la douleur vers l'oreille et le long du plancher.

5.3.2.1.2 Diagnostic positif

Il repose sur la découverte du calcul par le palper bidigital du plancher entre un doigt endobuccal et un doigt sus-hyoïdien latéral qui le plus souvent permet de sentir un corps dur situé sur le trajet du canal ou dans le bassinnet.

- La radiographie : un film « occlusal » « mordu », un film occlusal le plus postérieur possible, enfin un profil de loge sousmandibulaire ou un panoramique dentaire. Cependant un très grand nombre de calculs sont radiotransparents.

- l'échographie qui peut visualise rle calcul avec un effet de cône d'ombre caractéristique.

- La sialographie permet de montrer la lithiase au sei du canal et des lésions éventuelles de la glande.

5.3.2.1.3 Traitement

Le traitement médical permet de passer le cap d'une rétention aiguë ou d'une complication infectieuse. Le traitement chirurgical de la lithiase sera radical. L'évacuation spontanée est très rare.

En cas de coliques salivaires: les sympatholytiques (dihydroergotamine) et les antispasmodiques puis relayés par les sialagogues (teinture de jaborandi, Génésérine®).

Lorsqu'il y a whartonite ou périwhartonite, l'antibiothérapie est indiquée (cf parotidite) Si la suppuration est collectée (fluctuation), l'incision muqueuse permet le drainage.

Sous-maxillite: ATB (Augmentin, pyostacine, ou rovamycine) .

Le traitement chirurgical de la lithiase sous-mandibulaire comporte trois cas de figure suivant la situation de calcul:

Pour un calcul antérieur, l'abord est endobuccal, sous anesthésie locale.

Dans le cas d'un calcul postérieur, la voie endobuccale est tout à fait possible mais avec ous de risques pour le nerf lingual et cela est surtout faisable pour les gros calculs avec glande saine. Lorsque le calcul est à la fois postérieur et petit ou lorsqu'il existe plusieurs calculs canaux et glandulaires, la sous-maxillectomie est indiquée.

5.3.2.2 Lithiase parotidienne

On observe plus d'une lithiase parotidienne pour cinq lithiases sous-mandibulaires.

5.3.2.2.1 Clinique

- Les accidents infectieux intéressent le canal, la glande ou le tissu cellulaire de la joue.

- La sialodochite (ou sténonite), se manifeste par des douleurs de la joue irradiant dans l'oreille avec des signes généraux modérés.

- L'orifice du canal de Sténon est béant, rouge, tuméfié, laissant sourdre du pus ou une salive louche..

- Le double palper jugal extra- et endobuccal permet de sentir le canal dilaté sous la forme d'un cordon induré, et parfois le calcul lui-même, petit noyau dur et dont la palpation provoque une douleur localisée.

- La parotidite est l'accident le plus fréquent. L'infection de la glande se fait par voie ascendante. Elles sont le plus souvent de type rétentionnel mais rarement de type suppurée.

- Les accidents mécaniques sont moins fréquents que les accidents infectieux

5.3.2.2.2 Diagnostic positif

Hormis le cas où le calcul est en voie d'expulsion à l'ostium, la radiologie est indispensable.

La radiographie standard est peu rentable.

L'échographie peut montrer le calcul mais un examen normal n'écarte pas le diagnostic.

- La sialographie, pour les calculs radiotransparents, est donc un examen capital qui montre des images canalaire tde lacune, d'arrêt du produit de contraste ou de dilatatio en amont.

5.3.2.2.3 Traitement

Contrairement à la lithaise sousmandibulaire, Il faut épuiser toutes les ressources du traitement médical avant de se résigner à la chirurgie.

L'expulsio spontanée ou aidée par le traitemetn médical est fréquente.

Le traitement médical est le même que pour la lithiase sous-mandibulaire. Mais il faut souligner que les lavages du canal de Sténon avec la pénicilline favorisent particulièrement la migration puis l'expulsion des calculs parotidiens parce qu'ils sont souvent petits, arrondis et peu durs.

Le traitement chirurgical consiste en l'exérèse de la lithiase.

La voie endobuccale est difficile et adaptée seulement aux calculs très antérieurs

Pour les calculs pré-massétériens antérieurs palpables sous la peau, le traitement est mené par voie de parotidectomie. Si le calcul est palpable, l'incision du canal sera éventuellement possible et suffisante. Sinon, la parotidectomie superficielle (exofaciale) est nécessaire.

5.4 Sialites globales

Il s'agit de l'association d'une sialodochite et d'une sialadénite d'origine lithiasique.

Plus rare, la calcinose salivaire chronique qui se traduit par des dépôts calciques dans la totalité de la glande avec des épisodes de sialite bilatérale à bascule. Le tableau est un peu celui d'une parotidite chronique de l'enfant mais il s'agit ici de sujets de 50-60 ans et l'échographie, la radio et la sialographie retrouvent des calcifications multiples.

6 LES AUTRES GLANDES

6.1 GLANDE SUB LINGUALE

Canal de Rivinus

Sublingualite aiguë --> chronique

Tumeurs bénignes et malignes

6.2 Glandes accessoires

La pathologie qui les concerne est quasi exclusivement tumorale. Il s'agit plus fréquemment que pour les glandes principales de tumeurs malignes. Les histologies rencontrées sont les mêmes que pour les glandes principales.

ORDONNANCE TYPE D'UNE SIALITE AIGUE D'ORIGINE LITHIASIQUE

AUGMENTIN 1g matin midi et soir per os 10 jours

Ou PYOSTACINE 1g matin midi et soir per os 10 jours

Ou ROVAMYCINE 1,5 MU matin, midi et soir 10 jours

2- PHOLOROGLUCINOL ou SPASFON 80 mg

2 cp matin et soir pendant 2 jours

Puis relais par GENESERINE 2 granules matin, midi et soir 10 jours

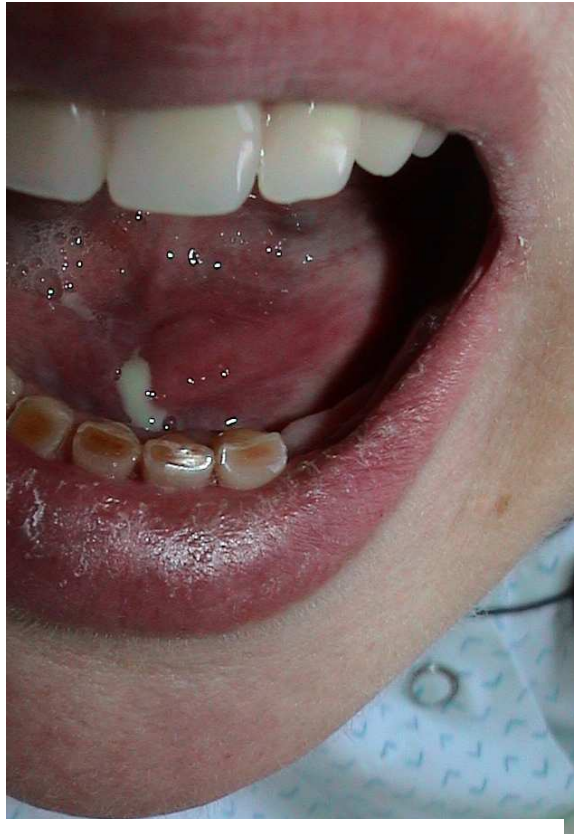
3- antalgique (paracétamol 1gx4/j 5 jours)

4- BONNE HYDRATATION, FAVORISER L'EXCRETION SALIVAIRE PAR
DU CITRON

5- BONNE HYGIÈNE BUCCODENTAIRE

En cas de lithiase sous-mandibulaire, un bilan topographique de la lithiase est indispensable ainsi qu'une évacuation chirurgicale de celle-ci, à distance du traitement de la phase infectieuse aigüe.

En cas de lithiase parotidienne, prolonger les mesures d'hydratation, les sialogogues.



QuickTime™ et un
décompresseur TIFF (non compressé)
sont requis pour visionner cette image.

QuickTime™ and a
TIFF (uncompressed) decompressor
are needed to see this picture.

QuickTime™ et un
décompresseur TIFF (non compressé)
sont requis pour visionner cette image.

