

## Item88-Pathologie des glandes salivaires.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une pathologie infectieuse, lithiasique, immunologique et tumorale des glandes salivaires.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopiés nationaux: > Stomato: <a href="#">Pathologie des glandes salivaires</a> > ORL: <a href="#">Pathologie des glandes salivaires</a>	- <b>Whartonite</b> : pus à l'ostium / fièvre - Péri-whartonite ~ cellulite: collection - Sillon persistant / palper bidigital - ABT / sub-mandibulectomie à froid - <b>Hernie</b> : non dlse / transitoire / répétée - Colique: dlse / persistante / apyréxie - Clichés occlusaux / pano. +/- écho - Sialo-endoscopie ++ : diag. / thérap. - Sialogogue / bain de bouche / AG-S - <b>Tumeurs</b> : AP-CAL / K-CME-CAK - Masse / AEG / trismus / PFP / ADP - Echo 1ère / IRM +++ / cytoponction - Parotidectomie sup. 1ère et extempo. - AP: totalisation conservatrice du VII - Malin: totalisation avec VII / curage	- Plt bactériu du pus à l'ostium - Schéma daté / examen bilatéral - Signes de malignité (6+4) - Information du risque de PFP

### Rappels anatomiques

#### Glande parotide

- **Localisation**: en arrière de la branche montante de la mandibule
- **Canal excréteur**: canal de **Sténon** (orifice en regard de la 2ème molaire supérieure)
- **Éléments en rapport**: nerf facial (VII) +++ / a. carotide externe / v. jugulaire externe puis rétro-mandibulaire
- **Pathologies**: tumorales > infectieuses >> lithiasiques

#### Glande sub-mandibulaire

(ex-sous-maxillaire)

- **Localisation**: dans le triangle submandibulaire sous le plancher buccal
- **Canal excréteur**: canal de **Wharton** (orifice en dehors du frein de la langue)
- **Éléments en rapport**: nerf lingual +++ / rameau mentonnier du VII / a. et v. faciales
- **Pathologies**: lithiasiques > infectieuses >> tumorales

#### Glande sub-linguale

- La plus petite des glandes salivaires non accessoires
- **Localisation**: dans le plancher buccal en arrière de la symphyse mandibulaire

#### Glandes salivaires accessoires

- Petites glandes disséminées dans l'ensemble de la cavité buccale
- A distinguer des 3 glandes salivaires principales (P/SM/SL)

## A. PATHOLOGIES INFECTIEUSES

### Remarque:

toute infection des glandes salivaires = sialite; on distingue

- **sialadénite**: infection initialement parenchymateuse (ex: parotidite)
- **sialodochite**: infection initialement canalaire (ex: whartonite)

### Infections de la parotide

#### Virale = parotidite ourlienne

(cf Oreillons.)

- **Virus**: Rubulavirus (virus à ARN / famille des Paramyxoviridae)
- **Diagnostic**
  - **Interrogatoire**
    - **Terrain**: enfant pré-pubère (80%) / absence de vaccination ROR
    - **Anamnèse**: contexte épidémique / saison hivernale / incubation 3S
    - **Signes fonctionnels**: syndrome pseudo-grippal / fièvre modérée / otalgies
  - **Examen physique**
    - **Palpation**: tuméfaction parotidienne inflammatoire / uni puis **bilatérale**
    - **Examen endobuccal**: Sténon inflammatoire / !! **pas** d'écoulement purulent
    - **!! Rechercher une autre localisation (A savoir !)**
      - examen des OGE: rechercher une **orchite**
      - examen neuro: rechercher un syndrome **méningé**
- **Evolution**
  - **Favorable** spontanément en ~ 10 jours / pas de séquelle
- **Traitement**
  - **Traitement symptomatique**: repos / antalgique / antipyrétique
  - **Mesures associées**: éviction scolaire / CI aspirine-AINS (Sd de Reye)
  - **Vaccination ROR**: M12-M13 à 23 / inutile au décours (immunisante)

#### Bactérienne = parotidite suppurée

- **Germes**: staphylocoque aureus / streptocoque / listeria
- **Diagnostic**
  - **Interrogatoire**
    - **Terrain**: patient âgé / syndrome sec ou **hyposialie**
    - **Anamnèse**: contexte de déshydratation +++ / ID
    - **Signes fonctionnels**: fièvre élevée / douleur importante / trismus
  - **Examen physique**
    - **Palpation**: tuméfaction parotidienne inflammatoire / **unilatérale**
    - **Examen endobuccal**: écoulement **purulent** du Sténon: prélèvements (**A savoir !**)
- **Evolution**
  - **Défavorable**: fistulisation à la peau +/- abcès / trismus / risque de PFP
- **Traitement**
  - **Antibiothérapie**: active contre germes pyogènes (staph): Augmentin®
  - **Mesures associées**: hydratation +++ / bains de bouche / antalgiques

### Infections de la sub-mandibulaire

#### Généralités

- Le plus souvent à la suite d'une lithiase sub-mandibulaire
- Mais peut aussi être inaugurale (colique passée inaperçue)

#### Diagnostic

- **Examen clinique**
  - **Whartonite (sialodochite du Wharton)**
    - Douleur vive et brutale du plancher buccal
    - Associée à une **fièvre** modérée / dysphagie +/- trismus
    - **Écoulement purulent** par l'ostium du Wharton (**A savoir !**)
  - **Péri-whartonite = abcès +/- cellulite du plancher buccal**
    - Douleur intense et fièvre élevée / **trismus** / odynophagie
    - Tuméfaction sous mandibulaire douloureuse +/- **collectée**

- !! séparée de la mandibule par un **sillon** (≠ cellulite dentaire)
- **Orientation étiologique**
  - Rechercher un calcul par palper bidigital le long du Wharton +++
- **Examens complémentaires**
  - **Bilan infectieux +++**
    - **Prélèvements** de l'écoulement du Wharton pour ex. bactério (**A savoir !**)
    - **NFS-CRP** +/- hémoculture si fièvre élevée ou sepsis
  - **Radiographies: clichés occlusaux**
    - Pour recherche du calcul radio-opaque
  - **Echographie sous-mandibulaire**
    - Pour recherche du calcul +/- complications (abcès)
  - **Bilan pré-thérapeutique**
    - Bilan pré-op: Gp-Rh-RAI / Cs anesthésie si sous-mandibulite

#### Evolution

- **!! Risque évolutif principal**
  - cellulite cervico-faciale +++
- **Complications de la sub-mandibulectomie**
  - Paralysie du rameau mentonnier du n. facial (VII)
  - Paralysie du n. hypoglosse (XII)
  - Paralysie du n. lingual (V)

#### Traitement

- **Prise en charge**
  - Hospitalisation systématique en ORL si sous-maxillite
  - Maintenir patient à jeun / arrêt des AINS si besoin (**A savoir !**)
- **Traitement symptomatique (idem colique)**
  - Sialogogues (Sulfarlem® ou teinture de jaborandy)
  - Bains de bouche antiseptique (Hextril®)
  - Antalgiques +/- antipyrétiques (paracétamol)
  - Antispasmodiques systématiques (Spasfon®)
- **Antibiothérapie**
  - Probabiliste / active contre germes bucco-dentaires
  - → amoxicilline + ac. clavulanique: Augmentin® 3g/j
  - PO pendant 8 jours si Whartonite / IV si cellulite du plancher
- **Traitement chirurgical**
  - **Indications**
    - Au décours de tout épisode de sous-mandibulite
    - En cas d'échec du traitement médicamenteux si Whartonite
  - **A chaud: drainage de l'abcès**
    - !! éviter tant que possible (cf tissus inflammatoires)
    - Par voie endobuccale ou cervicale / extraction du calcul
  - **A froid: sous-mandibulectomie complète**
    - Toujours à **distance** de l'épisode infectieux (~ 6S) +++
- **Surveillance**

## B. PATHOLOGIES LITHIASIQUES

### Lithiases de la parotide

**Généralités:** beaucoup moins fréquentes que les lithiases sub-mandibulaires (15%)

**Diagnostic:** même symptomatologie mécanique: colique salivaire pendant un repas

**Complications** infectieuses: sténosite ou parotidite (tableau de parotidite bactérienne)

**Traitement:** médicamenteux ++ (anti-spasmodique + sialogogue + antalgiques)

### Lithiases sub-mandibulaires

**Généralités**

- **Epidémiologie**
  - Lithiases sub-mandibulaires = 80 à 90% des lithiases des glandes salivaires
  - Fréquentes / sex ratio H > F / âge: 30-40ans / FdR: stase salivaire / xérostomie

- **Physiopathologie**
  - 1. **Lithiase**: formation de calculs phosphocalciques dans canal excréteur
  - 2. **Hernies salivaires**: occlusion partielle et intermittente du canal
  - 3. **Colique salivaire**: occlusion complète et transitoire du canal
  - 4. **Complication infectieuses**: en amont (whartonite) / aux tissus (cellulite)

#### Diagnostic

- **Examen clinique**
  - Toujours rythmées par les repas et **pas de fièvre (A savoir !)**
  - **Hernie salivaire**
    - Tuméfaction submandibulaire **non douloureuse** (ou peu douloureuse)
    - Apparition brutale au cours du repas / épisodes répétitifs +++
    - Cède soudainement avec vidange salivaire importante
    - Durée courte (quelques minutes)
  - **Colique salivaire**
    - Tuméfaction submandibulaire **douloureuse** (douleur vive)
    - Apparition brutale au cours du repas
    - Cède progressivement
    - Durée prolongée (plusieurs heures)
- **Examens complémentaires**
  - **Radiographies: clichés occlusaux +/- panoramique dentaire**
    - En 1ère intention devant toute suspicion de lithiase sub-mandibulaire
    - Met en évidence un calcul radio-opaque (phospho-calcique) en général
    - !! N'élimine pas le diagnostic si radiographie normale
  - **Echographie sous-mandibulaire**
    - Chaque fois que possible ou si doute diagnostique
    - Recherche le calcul et une dilatation du Wharton en amont
  - **!! Remarques**
    - **Sialo-endoscopie**: à visée diagnostique et thérapeutique +++
    - **Sialographie**: examen obsolète: de moins en moins pratiqué
    - **Prélèvements**: systématiques devant tout écoulement du Wharton +++

#### Traitement

- **Prise en charge**
  - Ambulatoire hors complication
- **Traitement symptomatique +++**
  - Sialogogues (Sulfarlem® ou teinture de jaborandy)
  - Bains de bouche antiseptiques (Hextril®)
  - Antalgiques +/- antipyrétiques (paracétamol)
  - Antispasmodiques systématiques (Spasfon®)
- **Traitement étiologique**
  - **Endoscopique**: extraction instrumentale par sialo-endoscopie (+++)
  - **Chirurgical**: sub-mandibulectomie à froid: si complication ou récurrences
- **Surveillance**

## C. PATHOLOGIES IMMUNOLOGIQUES

### Syndrome de Gougerot-Sjögren

#### Généralités

- **Définition**
  - Connectivite caractérisée par une atteinte chronique des glandes exocrines
- **Epidémiologie**
  - !! connectivite la plus fréquente après la PR (mais devant le lupus)
  - p = 0.5% / sex ratio: F > H = x9 (!) / âge = 40-60ans
- **Etiologies**
  - **SGS primitif (50%)**: !! parfois signes systémiques associés (diag. ≠ : LED/PR)
  - **SGS secondaire (50%)**: associé à une M. auto-immune prouvée (PR, LED, etc)

#### Diagnostic

- **Examen clinique**
  - **Terrain: femme** d'âge moyen / rechercher atcd auto-immuns
  - **Syndrome sec +++ (atteinte glandulaire)**
    - **oculaire = xérophtalmie (80%)**

- sensation de sécheresse chronique / de sable
- objectivée par le test de Schirmer: anormal si < 5mm en 5min
- **salivaire = xérostomie**: sensation de sécheresse buccale
- **autres**: sécheresse cutanée / génitale / toux sèche, etc.
- **Atteinte systémique (extra-glandulaire)**
  - **Signes généraux**: asthénie importante / AEG
  - **Arthralgies**: fréquentes mais non destructrices / sensibles aux AINS
  - **Atteinte cutanée**: syndrome de **Raynaud II** (cf **Acrosyndromes (phénomène de Raynaud, érythermalgie, acrocyanose, engelures, ischémie digitale)**) / vascularite II
  - **Atteinte pulmonaire**: PID lymphocytaire +/- fibrose
  - **Atteinte neurologique**: myélite / polyneuropathie axonale
- **Examens complémentaires**
  - **Bilan immunologique**
    - **Non spécifiques**: AAN: dans 75% des cas / FR dans 2/3 des cas
    - **Spécifiques**: **Ac anti-SSA**: 2/3 des SGS primitif +/- Ac anti-SSB
  - **Bilan inflammatoire**: VS ↑ (hypergamma polyclonale) mais CRP = N

#### Evolution

- **Histoire naturelle**: bénin (atteinte viscérale rare) mais ↓ de la qualité de vie +++
- **Complications**: **lymphome** +++ (zone marginale): RR x 40 ! (5-10% après 10ans)

#### Traitement

- **Traitement symptomatique (du syndrome sec)**
  - **Xérophtalmie**: larmes artificielles
  - **Xérostomie**: chewing-gum / bonbons à sucer / boissons fréquentes
- **Traitement médicamenteux**
  - **Indication**: seulement si atteinte extra-glandulaire +++ (et discuté..)
  - **Modalités**: Plaquenil® si atteinte articulaire / rarement corticoïdes
- **Surveillance**
  - Surveillance ophtalmologique (**A savoir !**) et dentaire rapprochée: ≥ 3x/an

## Sarcoïdose

- Atteinte glandulaire dans < 5% des sarcoïdoses (cf [Sarcoïdose](#).)
- Syndrome d'Heerfordt (rare): parotidite bilatérale+ PF périphérique + uvéite + fièvre

## D. PATHOLOGIES TUMORALES

### Tumeurs de la parotide

#### Généralités

- **Epidémiologie**
  - Tumeurs des glandes salivaires les plus fréquentes (mais < 5% des tumeurs ORL)
  - !! Bénignes dans 80% des cas dont 70% d'adénomes pléiomorphes
- **Classification histologique (2 + 3)**
  - **Tumeurs bénignes**
    - **Adénome pléiomorphe** (femme ++ / 40ans / parfois mixte)
    - Cystadénolymphome (10-15% / homme ++ / 60ans)
  - **Tumeurs malignes**
    - Carcinome adénoïde kystique (**CAK** ou « cylindrome »; invasif)
    - Adénocarcinome (+/- compliquant un adénome pléiomorphe)
    - Carcinome muco-épidermoïde (enfant ++ / malignité locale seulement)

#### Diagnostic

- **Examen clinique**
  - **Interrogatoire**
    - **Terrain**: âge moyen d'apparition = 50ans / pas de facteur de risque connu
    - **Anamnèse**: date d'apparition / **évolutivité** +++
    - **Signes fonctionnels**: **AEG** / douleur / dysphagie / trismus
  - **Examen physique**
    - **Signes de malignité devant une masse parotidienne (6-4)**
      - !! **schéma** daté et signé / examen **bilatéral et comparatif** (**A savoir !**)
      - Noter: taille / consistance / adhérence / signes cutanés / ADP

- **Signes locaux à la palpation parotidienne**
  - Masse dure / pierreuse / irrégulière
  - Adhérence aux plans profonds et/ou à la peau
  - Modification cutanée en regard: ulcération
  - Douleur spontanée ou à la palpation (CAK ++)
- **Signes associés**
  - **Paralysie faciale** périphérique (cf [Paralysie faciale.](#))
  - **ADP cervicales** homolatérales fixées
  - Evolution rapide / AEG associée / trismus
- **Examen général**
  - Examen des aires ganglionnaires: ADP cervicales (!! schéma)
  - Examen **endobuccal**: sang / inflammation de l'orifice du Sténon
  - Examen ORL complémentaire: otoscopie / autres glandes salivaires
- **Examens complémentaires (3)**
  - **Echographie**
    - Examen de **1ère** intention devant toute tuméfaction parotidienne
    - Confirme la caractère intra-parotidien de la tumeur / élimine un kyste
  - **Panoramique dentaire**
    - élimine une autre pathologie (dentaire)
    - parfois met en évidence une lithiase salivaire
  - **Cytoponction**
    - Quasi-systématique / toujours à discuter / **n'a de valeur que si positive**
    - Oriente le geste chirurgical et l'information au patient en cas de malignité
  - **IRM cervico-faciale avec injection de gadolinium**
    - !! Examen de référence (> TDM sauf ADP et os) / systématique +++
    - En cas d'AP: hypoT1 / iso ou hyperT2 / pas de réhaussement central
  - **En cas de tumeur maligne: NPO bilan d'extension +++**
    - TDM thoracique et abdominale (ou radio thorax + écho abdominale)
  - **!! Remarque**
    - Biopsie formellement contre-indiquée: lésion n. facial + dissémination (**A savoir !**)
    - La confirmation étiologique se fera à l'extemporané (1er temps chirurgical)
    - scintigraphie : fixation uniquement si cystadénolymphome

#### Evolution

- **Histoire naturelle**
  - **Adénome pléiomorphe**: évolution lente (années) / toujours locale
  - **Tumeurs malignes**: croissance rapide / métastases ganglionnaires ++
- **Complications**
  - **évolutive (adénome)**: dégénérescence en adénocarcinome: 10% des cas à 10ans
  - **des tumeurs malignes (CAK ++)** : infiltration nerveuse (PFP) / osseuse / métastases
  - **de la chirurgie**: paralysie faciale +++ / syndrome de Frey / hématome / récidive

#### Traitement

- **Mise en condition**
  - Hospitalisation en chirurgie ORL / bilan pré-opératoire + anesthésie
  - **Information du patient avant l'intervention +++ (A savoir !)**
    - Risque de paralysie faciale transitoire ou définitive (si tumeur maligne)
    - Nécessité d'une protection oculaire (larmes-occlusion) en cas de PF
    - Déroulement en 2 temps: sacrifice n. facial et curage selon extemporané
    - Autres complications: hématome / syndrome de Frey / récidive
- **Traitement chirurgical +++**
  - **1er temps diagnostique**
    - parotidectomie superficielle exploratrice avec examen **extemporané**
    - !! dans tous les cas, confirmation histologique par **ex. anapath** définitif
  - **Poursuite du geste thérapeutique selon résultat de l'extemporané**
    - **Si tumeur bénigne**
      - **Adénome pléiomorphe**: parotidectomie totale conservatrice du VII
      - **Cystadénolymphome**: parotidectomie superficielle (= fin de l'opération)
    - **Si tumeur maligne**
      - Parotidectomie totale **non conservatrice** du VII
      - **Curage** ganglionnaire cervical homolatéral +++
- **Traitement adjuvant**
  - **Radiothérapie adjuvante**
    - **Indications**: seulement si tumeur **maligne** de haut grade ou ADP
    - **Modalités**: !! NPO goutières fluorées (ostéoradionécrose) et bilan stomato

- Mesures associées
  - En cas de PFP initiale ou définitive
    - !! NPO corticoïdes / ex ophtalmo / **protection oculaire (A savoir !)**
  - En cas de tumeur maligne
    - Réunion de concertation pluri-disciplinaire (**RCP**)
    - Eradication des foyers infectieux dentaires avant la radiothérapie +++
    - Prise en charge à 100% (ALD)
- Surveillance
  - Clinique: palpation parotidienne / régression d'une PF / récurrence
  - Paraclinique
    - si bénin: aucune / reprendre bilan si suspicion de récurrence
    - si malin: IRM parotidienne + TDM TA 1x/an pendant  $\geq 2$ ans

## Tumeurs de la glande sub-mandibulaire

- Rare / le plus souvent bénin / mêmes types histologiques que parotide
- Type histologique le plus fréquent: adénome pléiomorphe

## Synthèse pour questions fermées

Quelles sont les 4 composantes du traitement symptomatique d'une colique salivaire ?

- Sialogogues (sulfarlem®)
- Bains de bouche antiseptiques
- Antalgique (paracetamol)
- Antispasmodique (spasfon®)

Quelle est la tumeur bénigne parotidienne la plus fréquente ?

- L'adénome pleiomorphe

Quel est l'examen de référence pour les tumeurs parotidiennes ?

- IRM parotidienne