

Observation clinique

Ablation par voie endo-buccale d'une volumineuse lithiase siégeant dans la courbure du canal de Sténon

Kawthar Souid^{1,*}, Wafa Hasni¹, Abdelfateh Slama², Aicha Zaghbani¹, Souha Boudegga¹

¹ Service de Médecine dentaire, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

² Service de Chirurgie maxillo-faciale, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie

(Reçu le 17 décembre 2012, accepté le 10 janvier 2013)

Mots clés :
lithiase salivaire /
canal parotidien /
parotidite / colique
salivaire

Key words:
sialolithiasis / parotid
duct / parotitis /
salivary colic

Résumé – Les lithiases parotidiennes sont beaucoup moins fréquentes que les lithiases submandibulaires et elles ont le plus souvent une localisation canalaire. La difficulté thérapeutique découle de leur localisation souvent postérieure qui ne permet pas d'utiliser une voie d'abord endo-buccale. On rapporte le cas d'un patient qui présentait un tableau de parotidite chronique rétionnelle évoluant depuis 10 ans et dont le diagnostic fut retardé car la lithiase n'était pas visible sur l'échographie. L'examen tomodynamométrique a révélé la présence d'une lithiase de 8 mm de long situé dans la courbure massétérine du canal parotidien. Son ablation a pu être réalisée par voie endo-orale.

Abstract – **Oral access of a voluminous sialolithiasis in the Stensen's duct curvature: a case report.** The parotid sialolithiasis are far less common than submandibular ones and they are located most often in the duct. The difficulty arises from the treatment of posterior location stones which are not accessible to the intraoral access. We report the case of a patient who presented with a chronic obstructive parotitis dating back 10 years misdiagnosed because the ultrasound didn't show the presence of a sialolith. A computed tomography scan revealed the presence of a 8 mm sialolith located at the bend of the masseter parotid duct. The sialolithiasis has been removed successfully by intra-oral access.

Les lithiases parotidiennes sont beaucoup moins fréquentes que les lithiases submandibulaires, et de diagnostic clinique et radiologique moins aisé. En conséquence, elles sont parfois méconnues. Devant un tableau de rétention salivaire (colique, hernie), c'est la découverte de la lithiase qui permet de confirmer le diagnostic. L'indication des examens paracliniques pour la mettre en évidence a sensiblement évolué depuis quelques années. Bien que de nombreux auteurs proposent une nouvelle approche thérapeutique peu invasive, l'abord chirurgical classique reste le traitement de référence, surtout pour les lithiases facilement accessibles.

On rapporte un cas de lithiase siégeant dans la courbure massétérine du canal parotidien qui a pu être traitée par voie endobuccale.

Observation

Un patient âgé de 61 ans, diabétique insulino-dépendant mal équilibré, hypertendu, a consulté pour des épisodes récurrents de tuméfaction unilatérale de la région parotidienne gauche, évoluant depuis 10 ans, régressant spontanément.

La tuméfaction survenait la plupart du temps pendant les repas ; elle était associée à des douleurs intenses et invalidantes, irradiantes vers l'oreille et la région angulaire de la mandibule. Le patient signalait qu'il obtenait un soulagement en exerçant une pression sur la région parotidienne.

À l'examen, on retrouvait une douleur à la palpation de la région parotidienne gauche. L'orifice du canal de Sténon était d'aspect normal, et la salive rare et épaisse. On évoquait le diagnostic de colique salivaire sur lithiase parotidienne. La recherche à la palpation d'une éventuelle lithiase n'était pas concluante.

La radiographie panoramique (Fig. 1) était sans particularité sur le plan dentaire mais on observait l'image d'une masse calcifiée de faible densité, de forme oblongue, en regard de l'arcade zygomatique gauche. L'échographie parotidienne mettait en évidence une collection parapharyngée gauche de 2 cm de grand axe mais elle ne confirmait pas la présence d'une lithiase.

L'examen tomodynamométrique, sur les coupes axiales (Fig. 2a) et coronales (Fig. 2b) passant par la glande parotide et son canal excréteur, a objectivé la présence d'une lithiase

* Correspondance : kawthar4soud@gmail.com

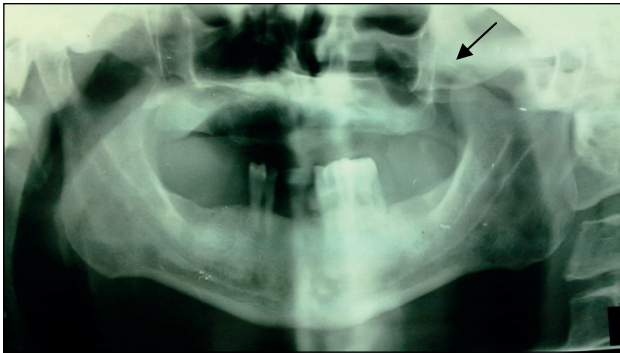


Fig. 1. Radiographie panoramique : flèche montrant une opacité oblongue en regard de l'arcade zygomatique gauche.

Fig. 1. Orthopantomography: the arrow showing a long shape opacity in front of the left zygomatic arch.

canalaire de 8 mm de long, siégeant en regard du bord antérieur du muscle masséter, à cheval entre les portions intra-orale et extra-orale du canal de Sténon. La glande parotide gauche était tuméfiée et il y avait une dilatation du canal en amont de la lithiase, témoignant d'une rétention salivaire. Maintenant que la présence et le siège de la lithiase étaient précisés, elle fut facilement localisée à la palpation bidigitale. Ceci facilita la décision thérapeutique : la lithiase pouvait être éliminée par voie intra-orale.

Le patient a été hospitalisé au préalable dans le service d'endocrinologie afin d'équilibrer son diabète. Une prémédication antibiotique à base d'amoxicilline et d'acide clavulanique a été prescrite. L'intervention a été effectuée sous anesthésie générale et on a procédé à une incision visant à élargir l'ostium du canal de Sténon. Des pressions itératives exercées sur le canal en amont de la lithiase ont permis le drainage de la collection salivaire, puis l'élimination du calcul en 2 fragments (Fig. 3). La plaie canalaire et la muqueuse buccale ont été suturées.

Lors des contrôles postopératoires, on a noté le retour à une fonction glandulaire quasi normale avec disparition progressive des douleurs et des signes inflammatoires.

Commentaires

La lithiase salivaire constitue la pathologie la plus commune des glandes salivaires principales. La lithiase, souvent localisée dans le canal excréteur principal, peut être responsable d'un syndrome obstructif caractérisé par une rétention salivaire, une tuméfaction glandulaire, voire même une infection glandulaire chronique [1-3]. La localisation parotidienne est assez rare (5 à 10 % des cas) comparée à la localisation submandibulaire (83 à 94 % des cas) [1, 3]. Cette prévalence importante des lithiases submandibulaires est imputée au pH de la salive submandibulaire, à sa richesse en mucines et en



Fig. 2a. Examen tomodensitométrique (coupe axiale) de la région parotidienne montrant une lithiase en regard du bord antérieur du masséter, avec une dilatation canalaire en amont et une tuméfaction de la glande.

Fig. 2a. CT-scan of parotid region (axial section) showing the location of the sialolithiasis at the anterior portion of the duct in front of the masseter muscle, with a duct dilatation and a swelling of the gland.

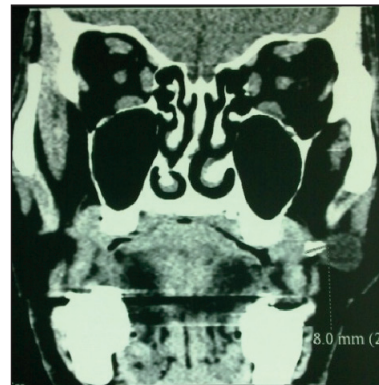


Fig. 2b. Examen tomodensitométrique (coupe coronale) montrant la localisation extra-orale de la lithiase et sa taille (8 mm).

Fig. 2b. CT-scan (coronal section) showing the extra-oral location of the sialolithiasis and its size (8 mm).

ions calcium, au trajet sinueux et long du canal excréteur et à la position relativement déclive de la glande par rapport à son canal excréteur [3-5]. Les lithiases salivaires surviennent le plus souvent vers 40 ans mais on peut les observer chez des sujets jeunes ou plus âgés. Une prédilection masculine est constatée surtout pour la localisation parotidienne [1, 4].

Plusieurs hypothèses ont été proposées pour expliquer le mécanisme de formation des lithiases salivaires : mécanique, inflammatoire, chimique, infectieuse, corps étranger... [1]. Certains auteurs ont étudié la relation de cause à effet entre l'hypercalcémie et les lithiases salivaires car elle joue un rôle

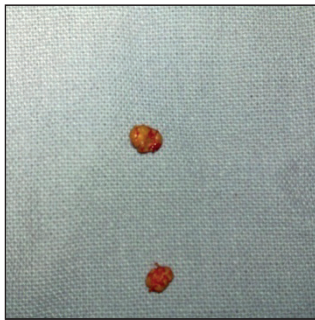


Fig. 3. Lithiase extraite en 2 fragments.
Fig. 3. The two parts of the calculus removed.

prépondérant dans la survenue des lithiases rénales. Son rôle dans les lithiases salivaires n'est pas établi ; ceci explique par exemple l'absence de lithiases salivaires chez les patients atteints d'un myélome multiple chez lesquels on retrouve une hypercalcémie secondaire [6]. La calcémie était normale dans le cas rapporté.

Cliniquement, bien que la douleur soit un signe majeur, elle peut être absente dans 17 % des cas [1]. Les accidents mécaniques sont plus rares et l'affection est souvent révélée par un tableau infectieux (sténonite et péristénonite) [7].

Les lithiases obstructives sont à l'origine d'épisodes de tuméfaction et de douleurs exacerbées lors des repas lorsque la sécrétion salivaire est maximale [5] mais des épisodes de tuméfaction en dehors des repas ont également été rapportés. Généralement, la durée de ces symptômes n'excède pas les 2 heures. Une surinfection peut survenir à l'occasion de l'occlusion du canal parotidien et d'un blocage prolongé [8] comme chez notre patient où la lithiase s'est manifestée pendant une dizaine d'années avant que ne survienne un épisode plus sévère. De plus, la localisation du calcul au niveau de la courbure massétérine du canal a rendu difficile son identification à la palpation.

Les examens paracliniques sont indispensables pour confirmer le diagnostic clinique et orienter la décision thérapeutique. Les radiographies standard sont souvent suffisantes pour les lithiases du canal de Wharton, tandis que pour celles du canal de Sténon elles le sont beaucoup moins car l'image du calcul peut être masquée par les structures osseuses (branche montante de la mandibule, arcade zygomatique) [1, 5], surtout que plus de 80 % des lithiases parotidiennes sont de petite taille et peu calcifiées. Comme elles sont peu radio-opaques, leur diagnostic est difficile [4, 5, 8].

Pour le cas rapporté, la radiographie panoramique fut peu contributive. Par contre, à l'examen tomodensitométrique, l'opacité de la lithiase était bien évidente. Cet examen est indispensable pour affirmer la présence d'une lithiase parotidienne, surtout si elle est de petite taille, et pour en apprécier

le nombre exact [7]. L'échographie permet de préciser la localisation du calcul, la dilatation du canal et l'état de la glande (atrophie, abcès), mais un examen normal ne permet pas d'écarter le diagnostic [7]. Dans notre cas, l'échographie a révélé une dilatation canalaire, signe indirect de rétention salivaire. La sialographie reste la technique de référence pour l'étude canalaire jusqu'à la troisième division, mais une sialite aiguë constitue une contre-indication absolue à la réalisation d'une sialographie en raison du risque de diffusion infectieuse intra-glandulaire rétrograde [1,7].

Les lithiases parotidiennes sont généralement unilatérales et à localisation surtout intra-canales. Par conséquent, leur forme est relativement oblongue par comparaison à celle plutôt arrondie des lithiases intra-glandulaires ou hilaires [1]. Leur taille est inférieure à celle des lithiases submandibulaires et généralement n'excède pas quelques mm [1, 4].

Le traitement des lithiases parotidiennes dépend de la taille du calcul, de sa localisation et de l'état de la glande. Le traitement médical (sympatholytiques, antispasmodiques, sialogogues, antibiotiques...) permet de passer le cap de l'épisode aigu de la rétention ou de la complication infectieuse, et parfois d'obtenir l'expulsion des lithiases de petite taille via le flux salivaire [1]. L'évacuation spontanée étant très rare [7], le traitement chirurgical reste le plus souvent nécessaire. L'abord intra-oral est réservé aux lithiases siégeant dans la partie intra-orale du canal ; cet abord peut parfois être envisagé lorsque la lithiase siège dans la courbure canalaire en regard du bord antérieur du masséter comme dans le cas rapporté. L'abord extra-oral devient nécessaire lorsque la lithiase est postérieure, pour réaliser soit une simple exérèse de la lithiase soit une parotidectomie partielle si la lithiase est intra-glandulaire. En raison du risque de lésion du nerf facial lors de la parotidectomie, l'ablation du lobe superficiel de la glande est rarement effectuée en dehors d'une inflammation glandulaire avec des signes d'infection ou de chronicité [9, 10].

Ces procédures chirurgicales traditionnelles doivent être comparées à la sialendoscopie, une nouvelle approche abondamment décrite dans la littérature depuis une bonne dizaine d'années. La sialendoscopie permet, dans le même temps opératoire, de confirmer le diagnostic et d'effectuer le traitement. Elle est facile pour les lithiases siégeant dans le canal de Wharton mais elle présente des limites pour les lithiases parotidiennes. Il faut utiliser des endoscopes fins, adaptés au diamètre réduit du canal de Sténon (il n'excède pas 2 mm) et de ses branches. Dans la portion distale du canal, en amont de la courbure massétérine, le cathétérisme peut être difficile et occasionner des perforations, voire des fistules. La sialendoscopie parotidienne nécessite un degré d'habileté et d'expérience de la part du praticien [11-13].

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. Torres-Lagares D, Barranco-Piedra S, Serrera-Figallo MA, Hita-Iglesias P, Martínez-Sahuquillo-Marquez A, Gutiérrez-Perez JL. Parotid sialolithiasis in Stensen's duct. *Med Oral Pathol Oral Cir Bucal* 2006;11:E80-4.
2. Madani G, Timothy B. Inflammatory conditions of the salivary glands. *Semin Ultrasound CT MRI* 2006;27:440-51.
3. Yu C, Zheng L, Yang C, Shen N. Causes of chronic obstructive parotitis and management by sialoendoscopy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;105:365-70.
4. Pollack CV Jr, Severance HW Jr. Sialolithiasis: case studies and review. *J Emerg Med* 1990;8:561-5.
5. Lustmann J, Regev E, Melamed Y. Sialolithiasis. A survey on 245 patients and a review of literature. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1990;19:135-8.
6. Ottaviani F, Galli A, Lucia MB, Ventura G. Bilateral parotid sialolithiasis in a patient with acquired immunodeficiency syndrome and immunoglobulin G multiple myeloma. *Oral Surg Oral med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;83:552-4.
7. Faye N, Tassart M, Périé S, Deux JF, Kadi N, Marsault C. Imagerie des lithiases salivaires. *J Radiol* 2006;87:9-15.
8. Sammanen PH, Hancher PJ, Flynn MJ, Slots J. Obstructive sialadenitis secondary to parotid sialolithiasis: a case report. *Anaerobe* 1996;2:81-4.
9. Nahlieli O, Baruchin A. Endoscopic technique for the diagnosis and treatment of obstructive salivary gland diseases. *J Oral Maxillofac Surg* 1999;57:1394-401.
10. Marchal F, Dulguerov P, Becker M, Barki G, Disant F, Lehmann W. Specificity of parotid sialendoscopy. *Laryngoscope* 2001;111:264-71.
11. Katz Ph, Fritsch MH. Salivary stones: innovative techniques in diagnosis and treatment. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;11:173-8.
12. Faure A, Boem A, Taffin C, Badot F, Disant F, Marchal F. Sialendoscopie diagnostique et interventionnelle. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2005;106:250-2.
13. Ardekian L, Shamir D, Trabelsi M, Peled M. Chronic obstructive parotitis due to strictures of Stenson's duct: our treatment experience with sialoendoscopy. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;68:83-7.