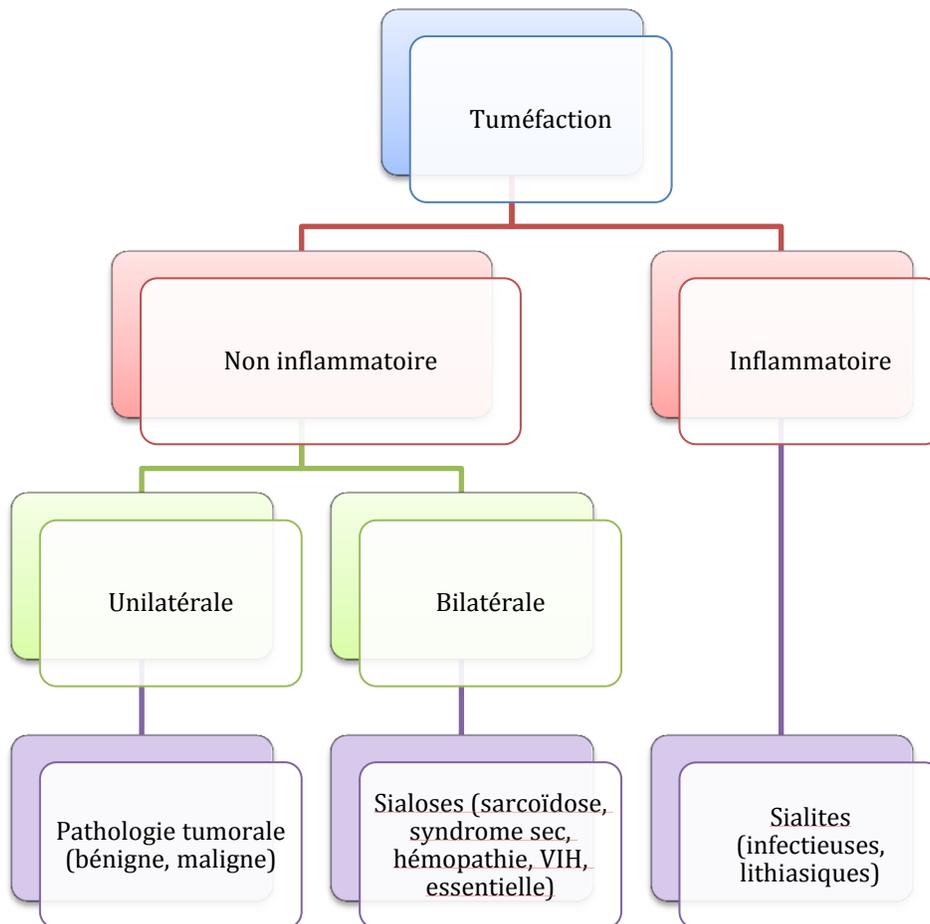


Item n° 88 : Pathologies des glandes salivaires

Anatomie :

- 6 Glandes salivaires principale : 2 parotides (canal de Sténon), 2 glandes submandibulaires GSM (canal de Wharton) et 2 sublinguales
- 600 à 1000 Glandes salivaires accessoires, situé dans l'ensemble de la cavité buccale



I°) Pathologie Tumorale

Epidémiologie

- Parotide 80% > glande sous mandibulaire > glandes sublinguales et accessoires
- Risque de malignité inversement proportionnel à la taille de la glande (tumeurs parotidiennes → plus souvent bénignes, tumeurs sous mandibulaires et accessoires → plus souvent malignes)

Histologie

- Tumeurs épithéliales bénignes (66%)
 - o Adénome pléiomorphe ++
 - o Cystadénolymphome (T de Whartin)
- Tumeurs épithéliales malignes (34%)
 - o Carcinome muco-épidermoïde
 - o CAK Carcinome adénoïde kystique ou cylindrome ++
 - o ADK
- Tumeurs non épithéliales : hémangiome, rhabdomyosarcome embryonnaire (enfants), lipome, lymphome, métastases...

Diagnostic clinique

Examen clinique endobuccal : palpation bi-digitale, aspect de la salive

Eléments en faveur du caractère malin de la tuméfaction :

- douleur
- paralysie faciale périphérique
- trismus
- fixité cutanée
- adénopathies satellites
- évolutivité rapide
- nodule de perméation

Tableaux à connaître:

- *Adénome pleiomorphe*
 - o Femme <50ans
 - o Tuméfaction parotidienne unilatérale d'évolution lente indolore, dure, mobile par rapport à la peau sans PF ni adénopathie.
 - o Risques de récurrence et de dégénérescence en ADK (3%)
- *Cystadénolymphome*
 - o Sujet âgé ou homme > 40 ans fumeur
 - o Tuméfaction ferme multifocale ou bilatérale, poussées de parotidite, sans PF ni adénopathie
 - o Jamais de dégénérescence

- **CAK**
 - o Adulte 40-50 ans, GSM ++
 - o Tuméfaction dure douloureuse croissance lente mais PF et adénopathies possibles
 - o Extension possible : osseuse +/- périneurale (douleurs V3 et PFP) +/- embolies vasculaires (métastases pulmonaires)

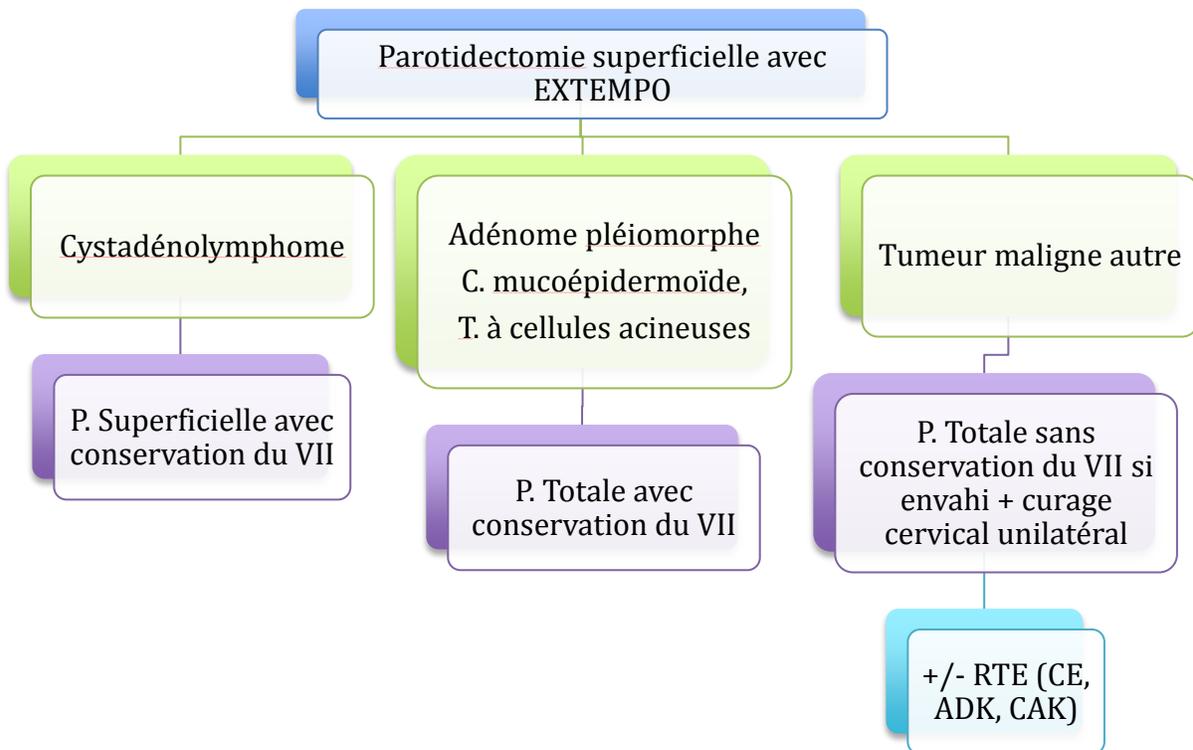
Examens complémentaires

Bilan diagnostique

Diagnostic de certitude : examen anatomopathologique extemporané par parotidectomie superficielle exploratrice avec dissection et conservation du nerf facial → information du patient du risque de PFP.

Imagerie

- échographie : critères de malignité (>2cm, echostructure hétérogène, nécrose, contours irréguliers, adénopathies, index de résistance intratumorale élevé)
- IRM parotidienne, toujours, avant geste chirurgical (gold standard) : critères de malignité (irrégulier, hypoT2, PDC hétérogène, engainement périnerveux)
- Cytoponction guidée par IRM > échographie: n'a de valeur que si positive
- JAMAIS DE BIOPSIE A L'AVEUGLE car risque de lésion du VII
- TDM cervico-thoracique injecté si tumeur maligne



II° Infection des glandes salivaires : sialite

Pathologie générale (oreillons, VIH) ou locale (lithiase)

Sédimentation salivaire ou obstacle à l'excrétion salivaire

Formes cliniques

1. INFECTIEUSE (parotide > GSM)

- atteinte bilatérale → cause générale → sialite virale (oreillons, VIH)
 - o sialite ourlienne : notion de contagé, 1^{er} épisode, syndrome infectieux, tuméfaction inflammatoire bilatérale, otalgie, ostium inflammatoire sans pus → diagnostic clinique, TTT symptomatique.
 - o Parotidite récidivante juvénile : > 2 épisodes, 4 ans jusqu'à adolescence, risque de séquelles glandulaires
- atteinte unilatérale (tuméfaction inflammatoire parotidienne + pus à l'ostium + fièvre) → tableau clinique : → cause locale → infection bactérienne → toujours chercher une lithiase (écho +/- TDM) + prélèvement de pus à l'ostium
 - o infection d'origine lithiasique
 - o si pas de lithiase → infection à pyogènes par baisse immunitaire (sujets âgés déshydratés, immunodéprimés avec comorbidités, tableau plus brutal) → TTT : ATB, réhydratation et bains de bouche.

2. LITHIASIQUE (GSM > parotide)

Calculs de sels de calcium, palpation possible en bidigital

- Découverte fortuite sur OPT

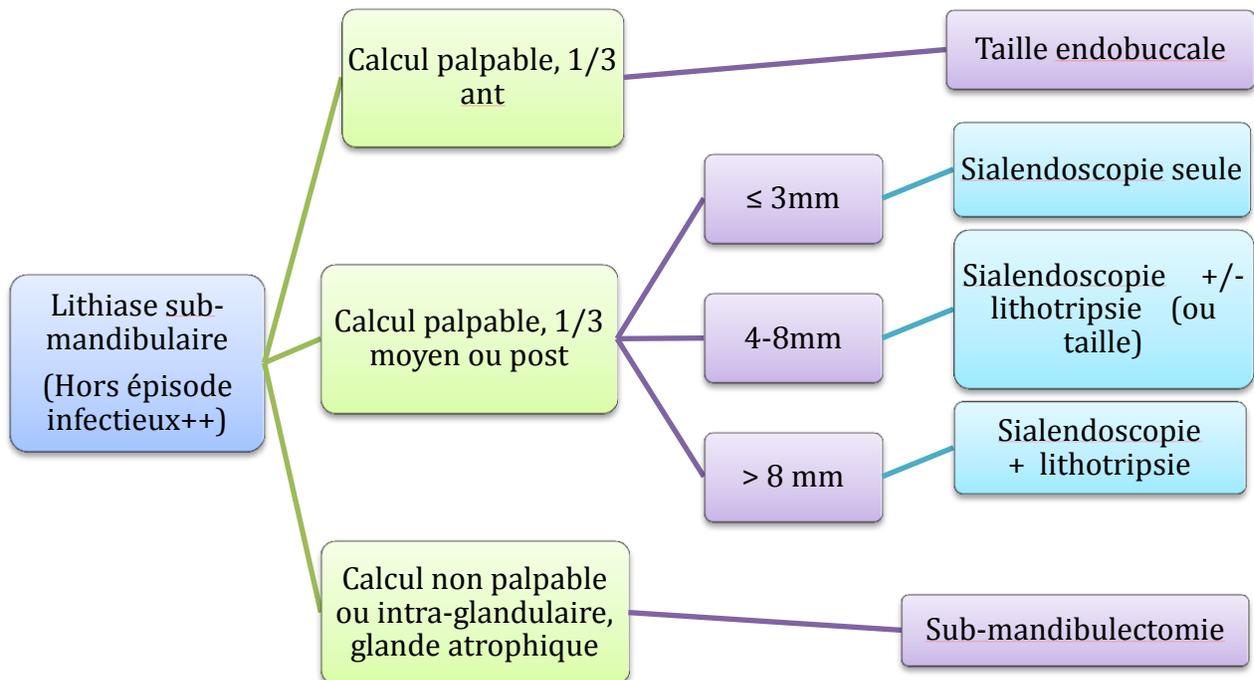


- ou sur signes mécaniques rythmés par les repas
 - o colique salivaire
 - o hernie salivaire
- ou sur signes inflammatoires (**attention : risque de cellulite cervicale et asphyxie**)
 - o *sialodochite* ou *whartonite* ou *cellulite du plancher*: infection du canal excréteur SANS cordon reliant la tuméfaction avec la table interne de la

- mandibule (\neq cellulite dentaire) + pus
 - o *périsialodochite* ou *périwhartonite* ou *abcès du plancher* : tuméfaction douloureuse du plancher buccal + trismus + signes généraux
 - o *sialadénite* ou *submandibulite aigue* (infection de la glande) : tuméfaction sous mandibulaire associée séparée de la mandibule par un sillon (\neq adénite)

Examens complémentaires

- Aucun à chaud lors d'un 1^{er} épisode typique de colique salivaire.
- Les examens seront demandés à froid, en cas de doute, de récidence ou en cas d'inefficacité du traitement
- Radiographies pour calculs radio-opaques \rightarrow Panoramique dentaire systématique sinon, clichés occlusaux « mordus endobuccaux »: recherche du calcul, dg différentiel avec origine dentaire
- Echographie pour calculs radiotransparents ou non, > 2 mm
- Scanner salivaire non injecté suffisant (ou un cone beam)
- Sialographie : plus réalisée
- Sialendoscopie : dg et thérapeutique
- Sialo-IRM chez l'enfant ou suspicion de pathologie tumorale



III° Pathologie immunologique : les sialoses

Augmentation homogène, diffuse, chronique et indolore des glandes salivaires.

Glande parotide ++

Causes : nutritionnelles et immunologiques

1. Nutritionnelles

- a. Aliments riches en amidon (pain, pomme de terre)
- b. OH chronique
- c. Malnutrition, troubles du comportement alimentaire
- d. Diabète, hyperuricémie
- e. Médicaments (antidépresseurs, anticholinergiques, neuroleptiques)

2. Immunologiques (diagnostic histologique → BGSA)

a. **Les syndromes secs : syndrome de Gougerot Sjögren SGS**

- Maladie auto-immune des glandes exocrines → xérostomie, xérophtalmie (kératoconjonctivite), tube digestif, muqueuses génitales (sécheresse vaginale), arbre respiratoire (fibrose pulmonaire).
- Terrain : femme 40-50 ans
- Hypertrophie parotidienne (HP) bilatérale
- Œil sec (test de Schirmer, Rose Bengale)+ Bouche sèche
- Si associé à d'autres maladies auto-immunes → SGS secondaire
- Risque : lymphome non hodgkinien (5-10%)
- Diagnostic positif: biopsie des glandes salivaires accessoires (BGSA) → *score histologique de Chisholm grade III ou IV*
- Bilan associé : leucopénie, hypergammaglobulinémie polyclonale, ↑VS, auto-anticorps aspécifiques (*anticorps anti-SSA, anti-SSB*)
- TTT : sialogogues, règles hygiéno-diététiques, larmes artificielles, corticothérapie systémique lors des poussées d'HP, antipaludéens de synthèse si polyarthrite

b. **Sarcoïdose**

- Granulomatose systémique chronique (granulome non nécrosant à cellules géantes et épithélioïdes)
- Atteinte pulmonaire et ganglionnaire
- Syndrome d'HEERFORDT : hypertrophie parotidienne + fièvre + uvéite + paralysie faciale
- Dosage activité plasmatique de l'enzyme de conversion

c. **VIH**

- HP bilatérale (tuméfaction vraie des GS ou adénopathies)
- Hyperplasie lymphoïde kystique ou lymphome ou parotidite par infiltration lymphoïde.
- Chirurgie que si gêne esthétique

d. **Maladie fibrosclérosante à IgG4**

- taux élevé d'IgG4 sériques + infiltrat lymphoplasmocytaire (pancréas, voies biliaires, glandes salivaires)

- Syndrome de MIKULICZ : homme 60 ans, gonflement symétrique et douloureux > 3 mois avec atteinte glandes salivaires + glandes lacrymales, anticorps anti SSA et SSB négatifs, corticosensible ++