

Item 88 – Pathologies des glandes salivaires

Pathologies infectieuses		Généralités	Clinique	Paraclinique	Complications	Evolution	Traitement
Sialadénite ourlienne (autres sialadénites virales : VIH, coxsachies, grippe)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Virus des oreillons (paramyxovirus) ▪ <u>Prévention</u> : vaccination 12M puis 16-18M ▪ Maladie confère immunité à vie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Incubation</u> 3 semaines ▪ <u>Invasion</u> : fièvre, malaise, otalgies, +/- douleur pression des parotides ▪ <u>Phase d'état</u> : 1 semaine : fièvre, céphalée, douleur irradiant vers oreilles, dysphagie, odynophagie + Tuméfaction parotides, rougeur à l'ostium du conduit, ADP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ssi doute diagnostique ou complications ▪ NFS normale ▪ Amylase sanguine élevée ▪ Si méningite : LCR clair, nbr Ly augmenté ▪ PCR salive, LCR, urine ▪ Sérologie 	<p>Chez adulte jeune :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orchite ▪ Méningite ▪ Pancréatite ▪ Surdité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guérison totale ▪ +/- foyers de nécrose résiduels => parotidite chronique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antipyrétiques ▪ Analgésiques 	
	<p>Infections bactériennes</p> <p>(infections salivaires d'origine lithiasique)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infection aigüe ▪ Liée à baisse du flux salivaire et/ou de l'immunité ▪ Chez sujet âgé et/ou hospitalisé en réa ▪ Parotite ++ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tuméfaction douloureuse et inflammatoire de région parotidienne, pus à l'ostium ▪ Fièvre ▪ Sujet fréquemment déshydraté et/ou ID et/ou sous neuropétiqes ▪ Présentant pathologies associées : dénutrition, diabète, IRnC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rechercher lithiasie si unilat ▪ Prelvt du pus 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ ATB : <ul style="list-style-type: none"> - Pénicilline + ac. Clavulanique - Céphalosporines - Vancomycine + métronidazole ▪ Réhydratation ▪ Soins de bouche
<p>Parotidite récidivante de l'enfant (juvénile)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A partir de 4-5 ans ▪ Disparition à adolescence ▪ Etiologie inconnue ▪ Plusieurs épisodes/an 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tuméfaction(s) asynchrone ▪ Inflammatoire ▪ Pus ou bouchons mucofibrineux à l'ostium ▪ ADP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hyper-leucocytose ▪ SIB ▪ Sial-endoscopie : aspect avasculaire + couleur jaunâtre du conduit parotidien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séquelles glandulaires 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ ATB ▪ Anti-inflammatoires ▪ Tt préventif : sialendoscopie 	

Pathologies	Généralités	Clinique	Paraclinique	Complications	Evolution	Traitement
Pathologie lithiasique	(Existe aussi pour glande sublinguale, glandes salivaires accessoires (lèvres++))					
Lithiase submandibulaire	<ul style="list-style-type: none"> > 30 ans, H++ Calculs migrant avec flux salivaire Sialadénite (glande) Sialodochite (canal excréteur) Périsialodochite (plancher buccal) <p><i>Diagnostics différentiels :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Lithiase submandibulaire : compression extrisèque du canal, abcès dentaire Lithiase parotidienne : clacification ganglionnaire / amygdalienne / veineuse, parotidie aigüe suppurée, parotidite chronique à poussées aigües récidivantes, parotidite ourlienne 	<ul style="list-style-type: none"> Gonflement de la glande Rougeur crête salivaire Issue de pus à l'ostium 	<ul style="list-style-type: none"> Radios : panoramique dentaire Echographie TDM non injecté +/- +/- sialendoscopie 	<ul style="list-style-type: none"> Mécaniques (rythme lié aux repas) : <ul style="list-style-type: none"> Hernie salivaire : gonflement car blocage écoulement salivaire, tuméfaction douloureuse Colique salivaire : douleur concomitante de la hernie Infectieuses : <ul style="list-style-type: none"> Whartonite : douleur vive, i vers oreille, fièvre, dysphagie, hypersialorrhée, +/- pus Périsialodochite : abcès péricanalaire, douleurs déglutition, +/- otalgie, trismus, tuméfaction Sialadénite : région submandibulaire chaude, tendue, douloureuse, fièvre, dysphagie, otalgies +/- pus 	Risques : <ul style="list-style-type: none"> Cellulite cervicale 	<ul style="list-style-type: none"> Extraction du calcul : <ul style="list-style-type: none"> → ≤ 3 mm : sialendoscopie → 4 ≤ calcul ≤ 8 mm : sialendoscopie +/- lithotripsie → > 8 mm : « taille » endobuccale Si poussée infectieuse : Amox ou macrolides ; antalgiques, antispasmodiques +/- drainage chirurgical
Lithiase parotidienne		<ul style="list-style-type: none"> 5 x – fréquente 		<ul style="list-style-type: none"> Mécaniques : hernie et colique salivaires, rythmées par repas (en arrière ramus mandibulaire et sous oreille externe) Infectieuses +++ : sialodochite, sialadénite, périsialodochite 		<ul style="list-style-type: none"> < 2 mm : sialendoscopie ≥ 3 mm : destruction par lithotripsie

Pathologie tumorale des glandes salivaires			
Epidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5-8% des tumeurs de face et du cou ▪ Glande parotide +++ ▪ Epithéliales +++++ : <ul style="list-style-type: none"> - Bénignes (66%) : adénomes pléomorphes - Malignité intermédiaire (14%) : tumeurs mucoépidermoïdes, tumeurs à cellules acineuses - Malignes (20%) : carcinomes adénoïdes kystiques ▪ <u>Chez enfant</u> : hémangiome et rhabdomyosarcome embryonnaire ▪ <u>Fdr</u> : irradiation, tabac (tumeur de Warthin), certaines infections virales ▪ <u>Métastases des tumeurs malignes</u> : gg intraglandulaires, niveaux I et II, viscérales (os et foie) 		
Anatomopathologie	<u>Tumeurs épithéliales</u>		
	a : Adénomes <ul style="list-style-type: none"> ○ a1 : adénome pléomorphe +++++ ○ a2 : Adénomes simples : cystadénolymphome +, adénome oxyphile (oncocytome), autres 	<u>Tumeurs non épithéliales (rares)</u> Bénignes ; hémangiome, schwannome Malignes : lymphome, sarcome, métastase intraparotidienne	
	b : Tumeur mucoépidermoïde		
	c : Tumeurs à cellules acineuses		
	d : Carcinomes <ul style="list-style-type: none"> ○ d1 : Carcinome adénoïde kystique (cylindrome) ++ ○ d2 : Adénocarcinome ○ d3 : Carcinomes épidermoïdes, indifférenciés, dans un adénome pléomorphe 		
Tumeurs de la glande parotide	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adénome pléomorphe ++ 		
		<u>Bénigne</u>	<u>Maligne</u>
	<i>Epidémio</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 40-50 ans 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Cystadénolymphome</i> : tabac, âges (Ø PF, ØADP) ▪ <i>Carcinome adénoïde kystique</i> : 40-50 ans (+ PF, + ADP)
	<i>Clinique</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tuméfaction isolée de région parotidienne (depuis pls mois ou années) ▪ Dans loge parotidienne, parfois pré- ou infra-auriculaire ▪ Rarement : tumeur du prolongement ant jugal ou à expression pharyngée 	
		Lobe superficiel de la parotide, arrondie ou bosselée , taille modérée, ferme ou élastique, non douloureuse, mobile	Fixée, extériorisation, PF, trismus <i>Cystadénolymphome</i> : ferme, multifocale, poussées inflammatoires <i>Carcinome adénoïde kystique</i> : douloureuse, dure
	<i>Evolution</i>	Progressive sur pls années	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Progressive (allure bénigne) ▪ Ou allure rapide + signes de gravité : douleurs, PF, trismus, ADP
<i>Paraclinique</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parotidectomie superficielle chirurgicale : confirmation histologique ▪ Panoramique dentaire : éliminer autre dg ▪ Échographie : hypoéchogénicité ▪ IRM : <ul style="list-style-type: none"> - <i>Adénome pléomorphe</i> : masse homogène, bien circonscrite, hypoT1, hyperT2, polylobé, unifocal 		

		<ul style="list-style-type: none"> - Cystadénolymphome : intermédiaire homogène T1, foyers hyperT2, hystique, multifocal, régulier - Tumeur maligne (cylindrome) : masse infiltrante, limites irrégulières, engainements périnerveux <ul style="list-style-type: none"> ▪ Scinti : hyperfixation pour le cystadénolymphome ▪ TEP-TDM 	
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ TDM : Image lacunaire, unique, intra-glandulaire, capsule bien limitée Refoulement du système canalaire et glandulaire (encorbellement) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TDM : Image inconstante d'extravasation, opacification hétérogène, amputation canalaire
	<i>Diagnostic différentiel</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Lésions dans la loge, tissu glandulaire</u> : kystes salivaires, sialadénite, sialadénoses avec sialomégalie ▪ <u>Lésions dans la loge, tissu non glandulaire</u> : ADP intrapraotidiennes, hyperplasie lymphoïde kystique VIH, kystes et fistules latéraux du cou, autres tumeurs (angiomes, lymphangiomes, neurinomes) ▪ <u>Lésions hors de la loge</u> : kystes sébacés, lipomes, pilomatrixome, hypertrophie massétérine, tumeur du ramus mandibulaire, saillie de apophyse transverse de atlas, tumeurs ATM 	
	<i>Traitement</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Cystadénolymphome</u> : parotidectomie superficielle conservatrice VII ▪ <u>Adénome pléomorphe</u> : parotidectomie totale conservatrice VII ou superficielle passant à distance de la tumeur ▪ <u>Tumeur à malignité intermédiaire</u> : parotidectomie complète, conservatrice VII 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parotidectomie totale ▪ +/- ablation des gg de drainage ▪ Si haut grade, tumeurs avancées, limites chir positives, envahissement cutané ou nerveux : radiothérapie adjuvante
	<i>Complications des parotid-ectomies</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PF ▪ Sd de Frey (rougeur + sudation perprandiale de région massétérine => Tt : injection de toxine botulique) ▪ Cicatrice prétragienne ▪ Dépression résiduelle rétromandibulaire ▪ Hypoesthésie du lobule de oreille ▪ Fistule salivaire 	
Tumeurs de la glande sub-mandibulaire	<i>Epidémio</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peu fréquente ▪ F>H 	
	<i>Clinique</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Interrogatoire</u> : ATCD lithiase salivaire, sensibilité / douleurs V3, maladresse linguale ▪ Masse indolente, ferme, signe du sillon, orifice du canal de Wharton normal, salive claire, muqueuse normale ▪ <u>Indicateurs de malignité</u> : salive hémorragique, trb V3, maladresse linguale, induration, hémorragie de contact, limitation protraction linguale, paralysie du rameau mentonnier du nerf facial 	
	<i>Paraclinique</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Panoramique dentaire ▪ TDM ou IRM 	
	<i>Dg #el</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pathologie lithiasique chronique ▪ ADP métastatiques ▪ Kystes congénitaux du cou 	

	Traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exérèse chirurgicale ▪ +/- évidement ggaire cervical ▪ <u>Dangers nerveux de la chirurgie</u> : rameau marginal du VII, nerf lingual, nerf hypoglosse
Tumeurs de la glande sublinguale		<ul style="list-style-type: none"> ▪ « grenouillette » ou ranula = faux kyste mucoïde ▪ 2aire à obstruction d'un canal excréteur ▪ Tuméfaction bleutée, ovoïde du plancher buccal, rénitente, contenu liquidien, indolore, isolée ▪ +/- prolongement trans-mylo-hyoïdien ▪ Evolue par poussées entrecoupées de fistulisation buccale (liquide évoquant blanc d'œuf) ▪ +/- TDM ▪ <u>Tt</u> : chirurgie : exérèse grenouillette + glande sublinguale qui lui a donné naissance
Tumeurs des glandes salivaires accessoires		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 50 ans, F ▪ Tumeurs malignes ++ : carcinomes adénoïdes kystiques et adénocarcinomes ▪ Tumeur sous-muqueuse indolore ou ulcération chronique ▪ Formes palatines sont les + fréquentes ▪ Bilan recherchera : pbl dentaire ou sinusien, extension nasale, extension osseuse ou sinusienne
Surveillance		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3x / 2ans, puis 2x /3ans, puis 1x / 5 ans
Pathologie immunologique		
Généralités		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypertrophie + déficit salivaire ▪ Pathologies chroniques = sialadénoses ▪ Glandes parotides ++
Sialadénoses nutritionnelles		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parotidomégalie bilatérale + hyperplasie de toutes les glandes salivaires ▪ Chez sujets gros mangeurs (amidon), éthyliques, anorexiques
Sialadénoses systémiques	Syndrome de Gougerot-Sjögren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pathologie inflammatoire AI ▪ = infiltration du système glandulaire exocrine => tarissement des sécrétions + sd sec ▪ +/- signes de vascularite systémique ▪ 40-60 ans, F ▪ <u>Clinique</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Kératoconjonctivite sèche avec xérophtalmie - Xérostomie +/- dysphagie, dysgueusie, brûlures buccales, difficultés d'élocution prolongée - <i>Signes directs</i> : muqueuse collante ou sèche, érythémateuse, vernissée, abs de lac salivaire sur le plancher buccal, faible quantité de salive émise - <i>Signes indirects</i> : caries de collets, atrophie des papilles linguales, chéilite, signes de surinfection candidosique, RGO - Sécheresse cutanée et des muqueuses - <i>Si Sd de Gougerot-Sjögren</i> : +/- pneumopathie interstitielle, atteinte rénale tubulo-interstitielle, atteinte articulaire, douleurs diffuses, neuropathie des petites fibres, lymphome de MALT ▪ <u>Paraclinique</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Test au sucre - Test à la fluorescéine - Test de Schirmer - Biomicroscope + rose bengale - Biologie : leucopénie, hyper-gamma-globulinémie polyclonale, VS ↑, Ac (anti-SSA, anti SSB), FR, cryoglobulinémie (+/- phénomène de Raynaud, neuropathies, glomérulonéphrites sévères, arthrites) - IRM : augmentation diffuse du V glandulaire +/- sialectasies

		<ul style="list-style-type: none"> - Scinti : désert scintigraphique - BGSA : infiltrat inflammatoire lymphoplasmocytaire + sclérose collagène ▪ Evolution : aggravation progressive +/- transformation en lymphome ▪ Tt : <ul style="list-style-type: none"> - Médicaments agonistes des récepteurs muscariniques M3 (chlorhydrate de plocarpine Salagen®) : E2 sueurs, CI si glaucome à angle fermé, asthme instable - Larmes artificielles +/- obtération des points lacrymaux si sécheresse sévère - Corticothérapie si grosse poussée d'hypertrophie parotidienne 0,25-0,5 mg/kg/j - Antipaludéens de synthèse (Plaquénil®) si + polyarthrite non érosive
	Maladie fibrosclérosante à IgG4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux élevé d'IgG4 + infiltrat lymphoplasmocytaire tissulaire riche en plasmocytes IgG4+ ▪ Pancréas, voies biliaires, glandes endocrines (thyroïdite de Riedel) avec atteintes fibrosantes (fibrose rétro-péritonéale, pseudotumeur inflammatoire, atteinte ganglionnaire, rénale, aortique) ▪ +/- hyperéosinophilie, asthme ▪ Atteinte salivaire = gonflement induré des glandes submandibulaires (tumeur de Kuttner) ▪ Maladie de Mikulicz (= sialadénite à IgG4 et dacryoadénite à IgG4) : gonflements symétriques, douloureux > 3 mois, d'au – 2 glandes (parmi lacrymales, parotides, submandibulaires). H 60 ans ▪ Ac anti-SSA et SSB négatifs ▪ Biopsie salivaire : infiltrat lymphoplasmocytaire, atrophie des acini, thromboses, fibrose interlobulaire abondante ▪ Tt : immunosuppresseurs (Rituximab®)
	Sarcoïdose	<ul style="list-style-type: none"> ▪ = granulomatose systémique chronique ▪ Histo : granulome non nécrosant à cellules géantes et épithélioïdes ▪ Lésions pulmonaires et ggaires ▪ +/- gonflement des glandes salivaires ▪ Sd de Heerfordt = hypertrophie parotidienne+ uvéite + PF + fièvre
	Tuméfactions parotidiennes et virus VIH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tuméfactions des loges salivaires ⇔ ADP de la phase aigüe ou chroniques (sd des ADP persistantes) ou tuméfactions vraies des glandes salivaires (parotide ++) ▪ Echo, sialographie, TDM => <ul style="list-style-type: none"> - Si tuméfaction vraie : tissu homogène - Si ADP nécrosées : parenchyme troué de nombreuses cavités (images pseudokystiques salivaires) ⇔ hyperplasie lymphoïde kystique ▪ Histologie : <ul style="list-style-type: none"> - Des formes diffuses : infiltration diffuse du parenchyme - Des hyperplasies lymphoïdes kystiques : cavités bordées par épithélium contenant liquide brunâtre ▪ Au cours VIH, parotide peut aussi être le siège de : lymphome ou d'une parotidite par infiltration lymphoïde