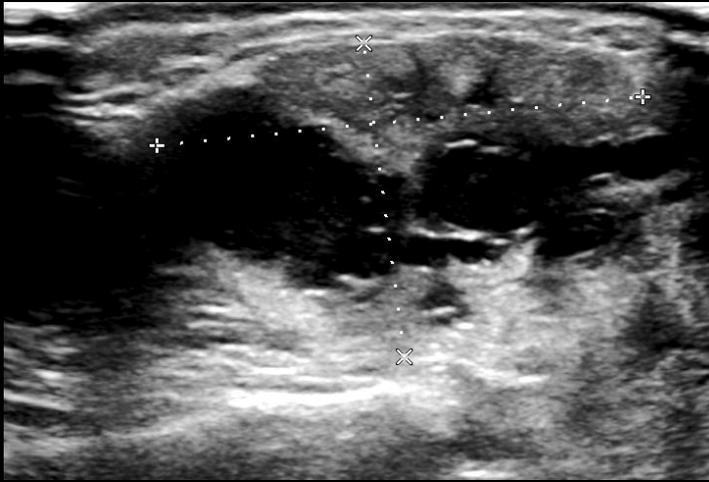


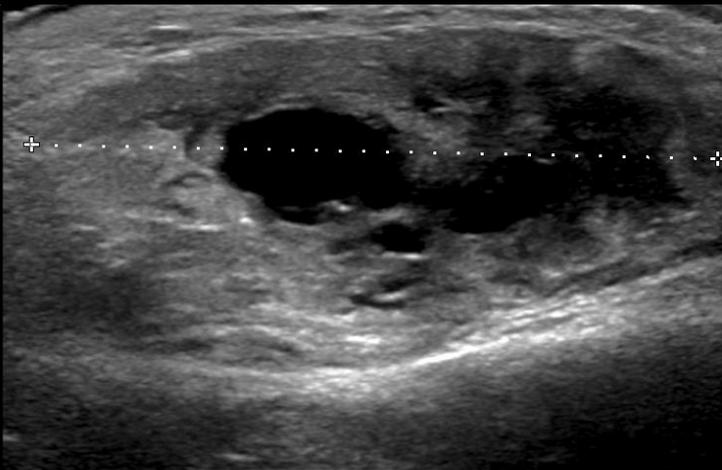
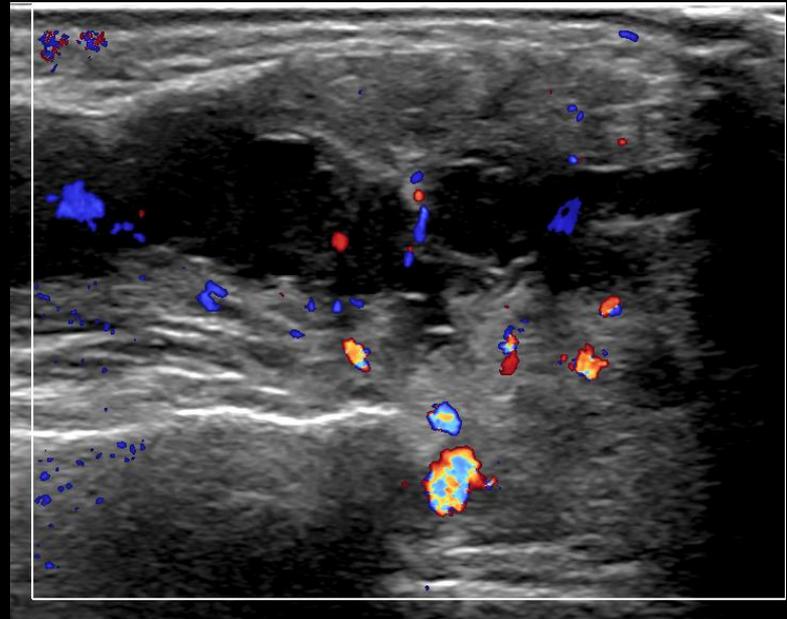
- homme 81 ans
- Bilan d'une tuméfaction douloureuse jugale gauche.
- Antécédents : HTA, diabète T2, SAOS, Splénectomie d'hémostase post-AVP
- Clinique : Tuméfactions parotidiennes paroxystiques **indolores chroniques occasionnelles**.
- Soins dentaires récents avec antibiothérapie orale et introduction d'AINS (ibuprofène). température (38°)
- Paraclinique : GB 14 000. CRP 63.

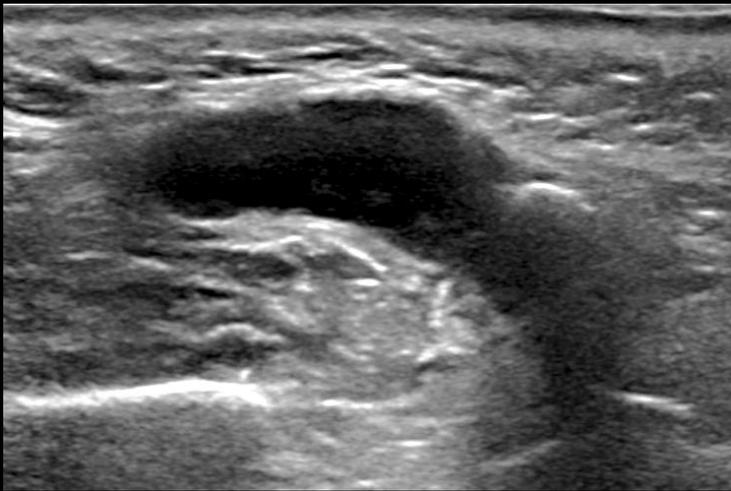
# Echographie



Hypertrophie parotidienne gauche 48x34x22mm  
Parenchyme hétérogène avec œdème glandulaire  
Multiples images liquidiennes...

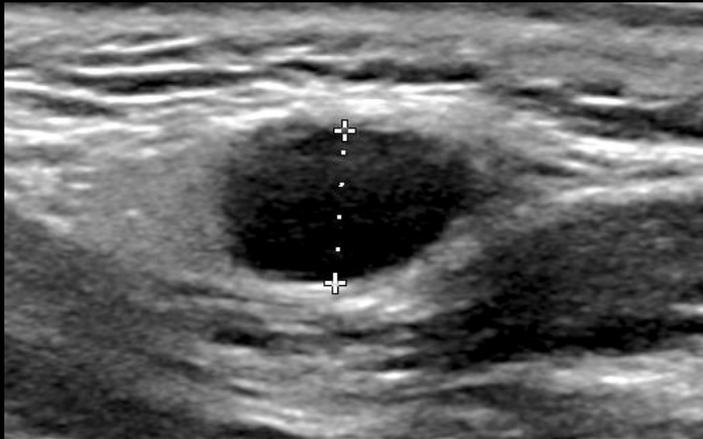
Hyperémie doppler modérée





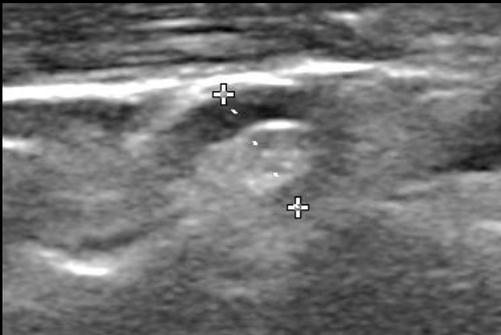
Dilatation du canal parotidien (Stenon) jusque 7mm

Calcul de 14mm à l'extrémité distale du canal de Stenon intra-parotidien



Les images liquidiennes visualisées sont toutes des prolongements du conduit parotidien

Pas d'adénomégalie



le diagnostic porté est donc celui de

**Sialadénite parotidienne gauche lithiasique**



# Prise en charge

**Prélèvements** bactériologiques du Stenon gauche (S. salivarius ; SAMS ; S. parasanguinus)

Médicale

**Antibiothérapie** IV (Augmentin)

Instrumentale

Transfert pour extraction du calcul par **Sialendoscopie sous AL**

# Lithiase salivaire



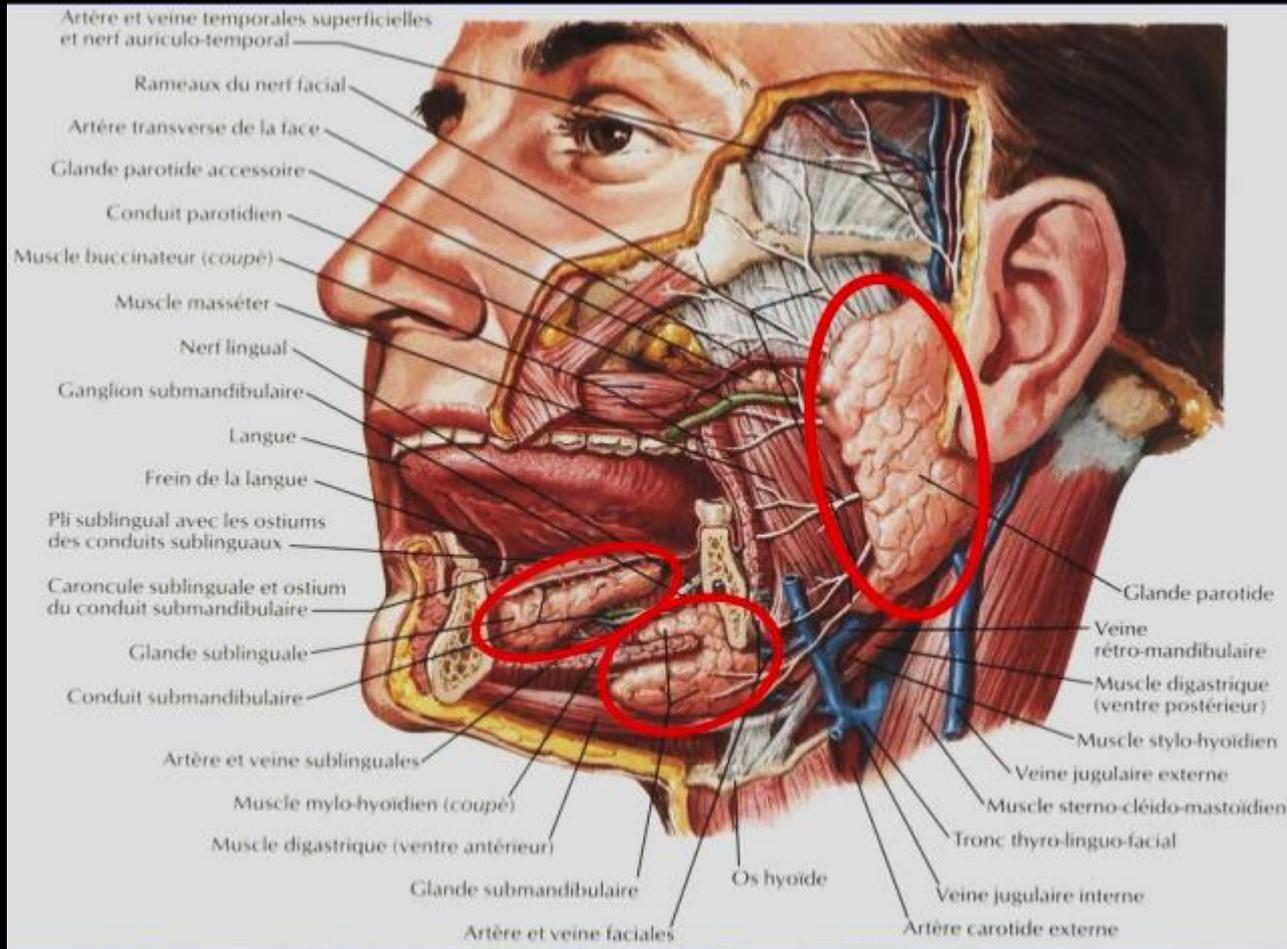
## quelques éléments de physiologie

- 0,7 à 1 litre de salive secrétés chaque jour par les glandes salivaires principales
- les glandes submandibulaires secrètent en permanence
- les parotides secrètent au moment des stimulations alimentaires (vue, odeur,..)

contenu salivaire; ions  $Ca^{++}$ , hormones, anticorps, opiomorphine (anesthésiant + antidépresseur)

mucines +++ protéines visqueuses film protecteur antibactérien

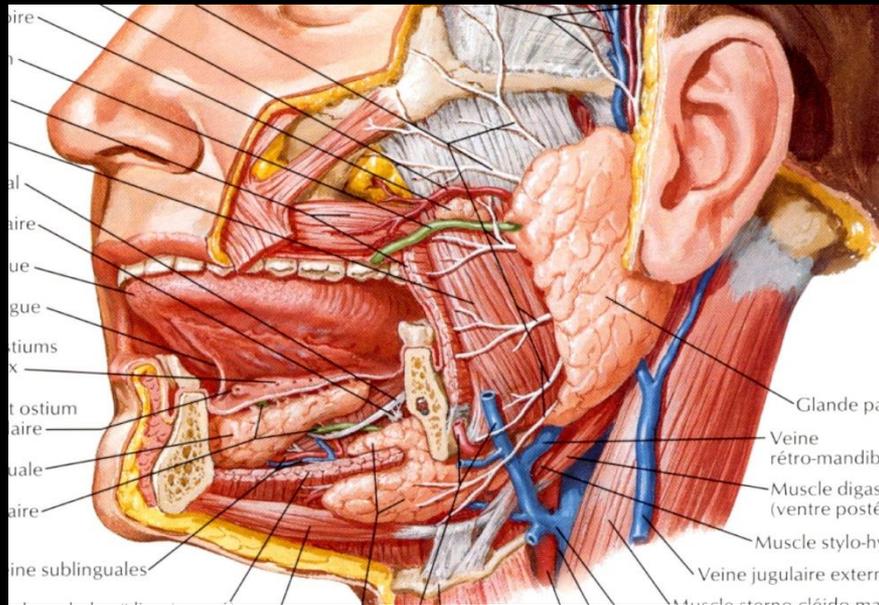
# glandes salivaires principales



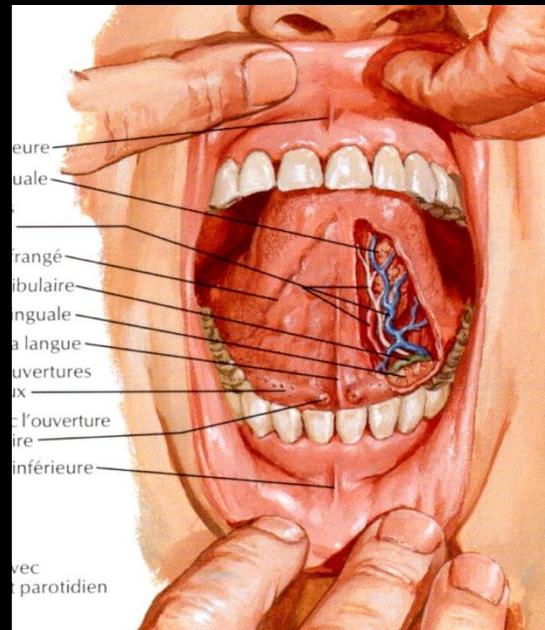
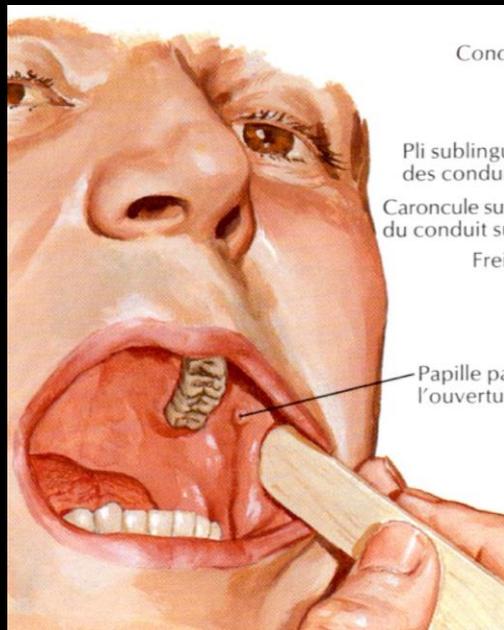
parotide

sublinguale

submandibulaire



Parotide  
**Sténon**  
 (17, 27)



Submandibulaire  
**Wharton**  
 (plancher)

- Fréquence de la lithiase salivaire
- **Submandibulaire** (mécanique++) **85%** > **Parotide** (inflammatoire++) **10%**
- Multiples 25%
  
- Lithiase parotidienne → rechercher une sténose canalaire associée++

## Sémantique

Douleur salivaire = colique (submandibulaire...)

Inflammation canalaire = sialodochite

Abcès péri-canalaire = péri-sialodochite

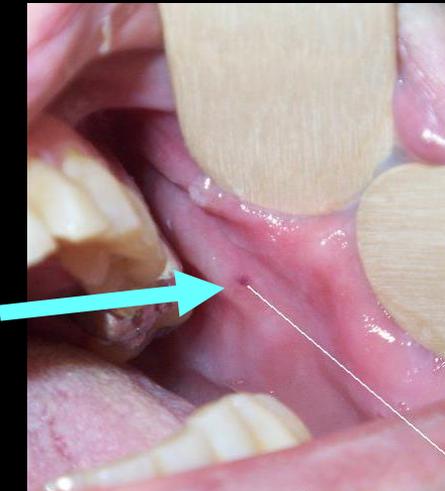
Inflammation glandulaire = sialadénite

# Clinique

Tuméfaction palpable  
Ecoulement (salive, pus)



Douleur  
Inflammation locale d'un ostium  
Dysphagie  
Trismus  
Fièvre



# Biologie

NFS, CRP

+/- hémocultures

**Prélèvement bactériologique d'un écoulement ostial fébrile**

(streptocoque, anaérobies)



# Imagerie



Taille

Nombre

Topographie

Parenchyme



Radiographie (clichés centrés, panoramique)

Echographie

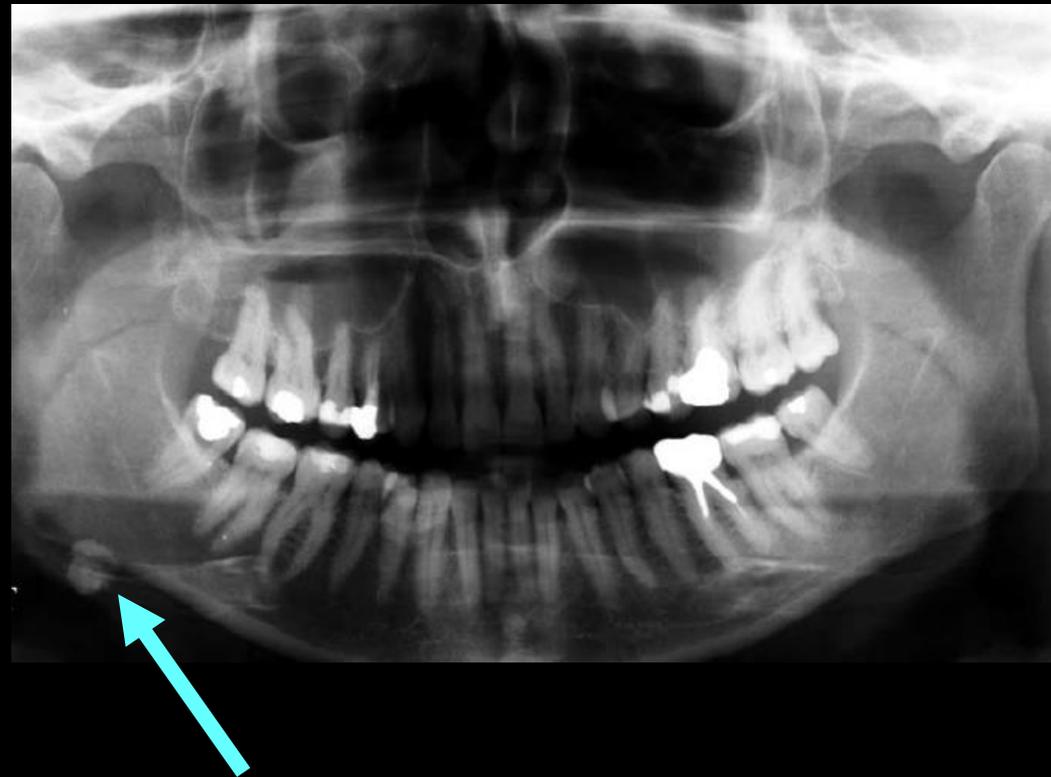
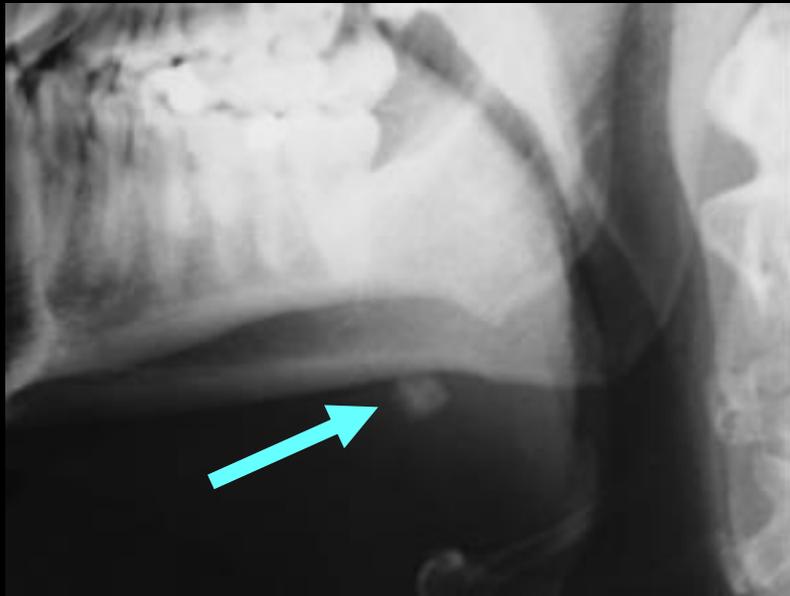
Scanner

Sialo-IRM



## Radiographie

70% de calculs radio-opaques (calculs calciques submandibulaires++)



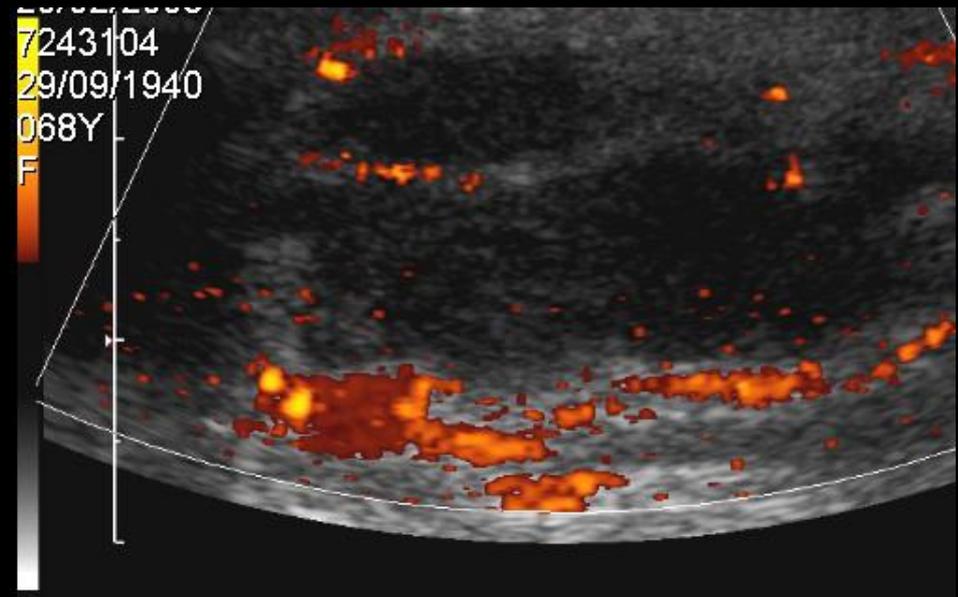
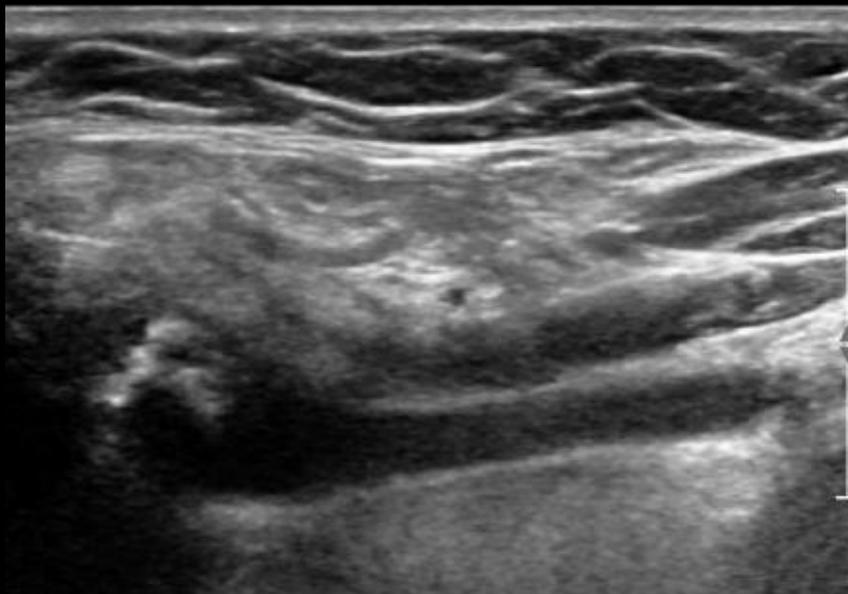
## +++ Echographie +++

en 1ère intention+++

Calcul (taille limite >3mm)

Dilatation canalaire+++ >2-3mm (ne permet pas le diagnostic de sténose canalaire)

Aspect pommelé des sialadenites chroniques



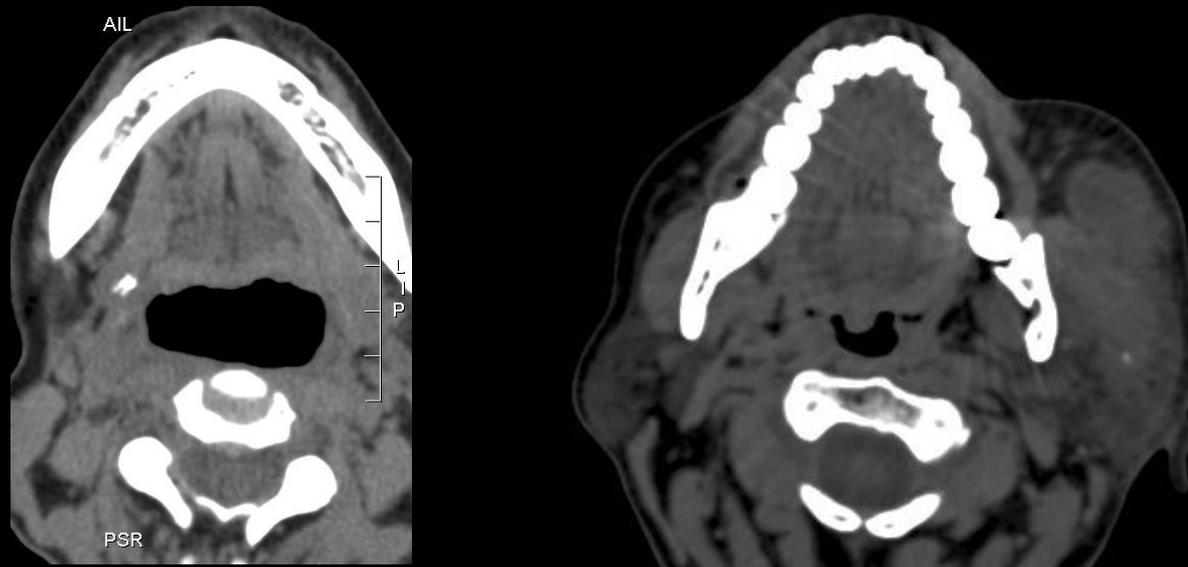
## SCANNER

non injecté (+/- injecté si abcès)

En cas d'échographie ou sialendoscopie normale

Avant sialendoscopie si calculs petits ou multiples

Localisation++ (ostium vs sialendoscopie / tragus vs chirurgie)



# SIALO-IRM

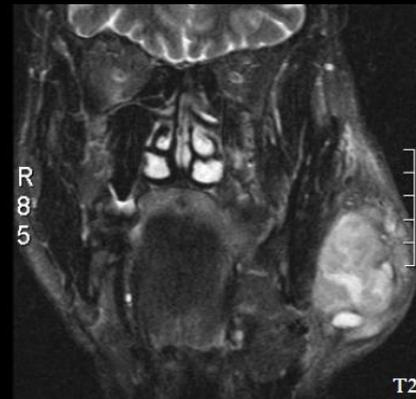
2eme intention

idéalement en période obstructive++

T1, T2, sialo 2D/3D, T1Gado

Si suspicion de dysplasie canalaire+++ (sténoses / dilatations)

Etude du parenchyme (trophicité, masse)



# Diagnostics différentiels

ADP calcifiée

Calcinose

Corps étranger

Hémangiome

Myosite calcifiante



# Prise en charge

Selon topographie / Taille / plateau technique

**Antalgiques+++**

Antispasmodiques (phloglucinol= Spasfon)

Antiseptie (bains de bouche)

Sialogogues (anetholtrithione = Sulfarlem)

+/- **Antibiothérapie** (macrolides + imidazolés) 15j

+/- Drainage si abcès (a chaud)

Retrait du calcul (a froid) :

**instrumental** buccal sous AL si 2/3 antérieur : **sialendoscopie (METZ)**

**chirurgical** cervical sous AG si 1/3 postérieur ou échec

+/- non conservateur si échec (sialadenectomie)

