



PLAIE PAROTIDIENNE : Prise en charge d'une section du canal de sténon

Bayala JP, Mabika B, Ibnou el Ghazi N, Hattab K, El Bouihi, Mansouri N.

Auteur correspondant : Dr BAYALA Jean-Patrice

E-mail : yenatui@yahoo.fr

Introduction : Les plaies parotidiennes peuvent être émaillées de complications fonctionnelles et esthétiques. De ce fait, toutes plaies de la région parotido-masséterine ou croisant la ligne joignant le lobule de l'oreille à l'aile nasale doit être explorée minutieusement. La difficulté thérapeutique réside en la réparation des lésions nerveuses et canalaire.

But : Rapporter la prise en charge d'une lésion du canal de sténon dans notre contexte.

Observation : Nous rapportons un cas de plaie parotidienne avec section complète du canal parotidien chez un patient de 40 ans, victime d'agression par un objet contondant. Admis aux urgences à H10 de son traumatisme, il présentait à l'examen une tuméfaction génienne et une plaie suturée d'environ 7 cm de long de la région parotido-masséterine gauche. La ponction exploratrice a ramené de la salive. Après ablation des fils de suture, la palpation préauriculaire a entraîné une issue de salive au niveau de la plaie. La polyvidone iodée injecté dans l'ostium s'écoulait dans la plaie. Il a été réalisé sous anesthésie générale au moyen de la tubulure du ballonnet d'une sonde d'intubation 4, un cathétérisme de la portion distale par voie endobuccale avec repérage de la portion proximale puis anastomose termino-terminale par des points séparés avec du fil non résorbable 6/0 et renforcée par un surjet simple. Maintien du cathéter pendant 5 semaines. Pas de sialocèle ni de fistule salivaire au cours de l'évolution.



Patient à H 10 du traumatisme avec une tuméfaction et une plaie jugale droite suturée



Reprise de la suture avec cathétérisme du canal de sténon



Fixation du cathéter au vestibule supérieure



Evolution satisfaisante a M 3

Discussion : Une prise en charge adéquate est fonction d'un diagnostic précoce et d'un traitement adapté. La tendance actuelle est la microchirurgie. Lorsque cela est possible une anastomose termino-terminale des 2 portions est réalisée. Une marsupialisation est possible dans les cas de perte de substance.

Dans le cadre de la gestion des complications telles que la fistulisation ou la sialocèle, l'injection de toxine botulique est une perspective intéressante car moins invasive pour le patient.

Mots clé : plaie parotidienne, canal parotidien.

Pas de conflit d'intérêt

Référence :

- Laccourreye L, Malinvaud D, Bonfis P, Laccourreye O. : sialocèle géante post traumatique du canal de sténon. Fr ORL-2007 ; 93
- Suha N, Alossi, Najmaddin Khoshnow and Belal A. muhammad : surgical management of stenson's duct injury by using double J stent urethral catheter. Int J Surg Case Rep ; 2015 ;17: 75-78
- Arnaud S., Batifol D., Goudot P., Yachouh J. : prise en charge non chirurgicale des plaies de la glande parotidienne et du canal de sténon: intérêt de la toxine botulique. Annales de chirurgie plastique esthétique 53 (1), 36-40, 2008.
- Wirth C., Bouletreau P. Chirurgie des traumatismes des parties molles et des plaies de la face. EMC Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique.