

Approche de la sialadénite

Jonah Moore BSc Matthew T.W. Simpson MD CCFP MSc CD
Natasha Cohen MD Jason A. Beyea MD PhD FRCSC Timothy Phillips MD

Résumé

Objectif Proposer aux médecins de famille une approche pratique fondée sur des données probantes pour la prise en charge de patients souffrant de sialadénite.

Sources de l'information Une recension a été effectuée dans les bases de données MEDLINE et PubMed pour trouver des recherches publiées en anglais sur la sialadénite et d'autres troubles des glandes salivaires, ainsi que des revues et des lignes directrices pertinentes, publiées entre 1981 et 2021.

Message principal La *sialadénite* désigne une inflammation ou une infection des glandes salivaires; elle peut être causée par un large éventail de processus de nature infectieuse, obstructive et auto-immune. L'anamnèse et l'examen physique jouent un rôle important pour orienter la prise en charge, tandis que l'imagerie est souvent utile pour établir un diagnostic. Des signaux d'alerte comme la formation suspectée d'un abcès, des signes d'obstruction respiratoire, une parésie faciale et la fixation d'une masse aux tissus sous-jacents devraient inciter à faire une demande de consultation urgente en chirurgie de la tête et du cou, ou à recommander une visite au service d'urgence.

Conclusion Les médecins de famille peuvent jouer un rôle important dans le diagnostic et la prise en charge de la sialadénite. Une reconnaissance et un traitement rapides du problème peuvent prévenir la survenance de complications.

La sialadénite est une inflammation ou une infection des glandes salivaires qui peut se présenter sous forme aiguë ou chronique. La sialadénite peut causer un inconfort considérable dans les activités au quotidien, comme la mastication des aliments. Les nombreuses pathologies qui peuvent causer la sialadénite sont présentées dans l'article.

Présentation du cas

M. A., un moniteur d'auto-école de 57 ans, est incommodé depuis 2 jours par une enflure, une rougeur et une sensibilité à la joue droite. Il a remis à plus tard plusieurs cours après s'être senti fiévreux. Il a remarqué un mauvais goût lorsqu'il a craché son dentifrice et il ressent de la douleur en mangeant. Quelles sont les prochaines étapes pour déterminer la cause de la douleur de M. A.?

Sources de l'information

Une recension a été effectuée dans les bases de données PubMed et MEDLINE pour trouver des revues, des lignes directrices et des articles de recherche publiés en anglais entre 1981 et 2021 concernant la sialadénite.

Message principal

La **Figure 1** donne un aperçu de la façon de diagnostiquer et de prendre en charge les patients qui présentent un trouble soupçonné des glandes salivaires¹⁻³. Le **Tableau 1** décrit les troubles communs des glandes salivaires¹⁻³.

Symptômes et causes

Sialadénite suppurante aiguë : La sialadénite suppurante aiguë est une inflammation des glandes salivaires causée par une infection bactérienne.

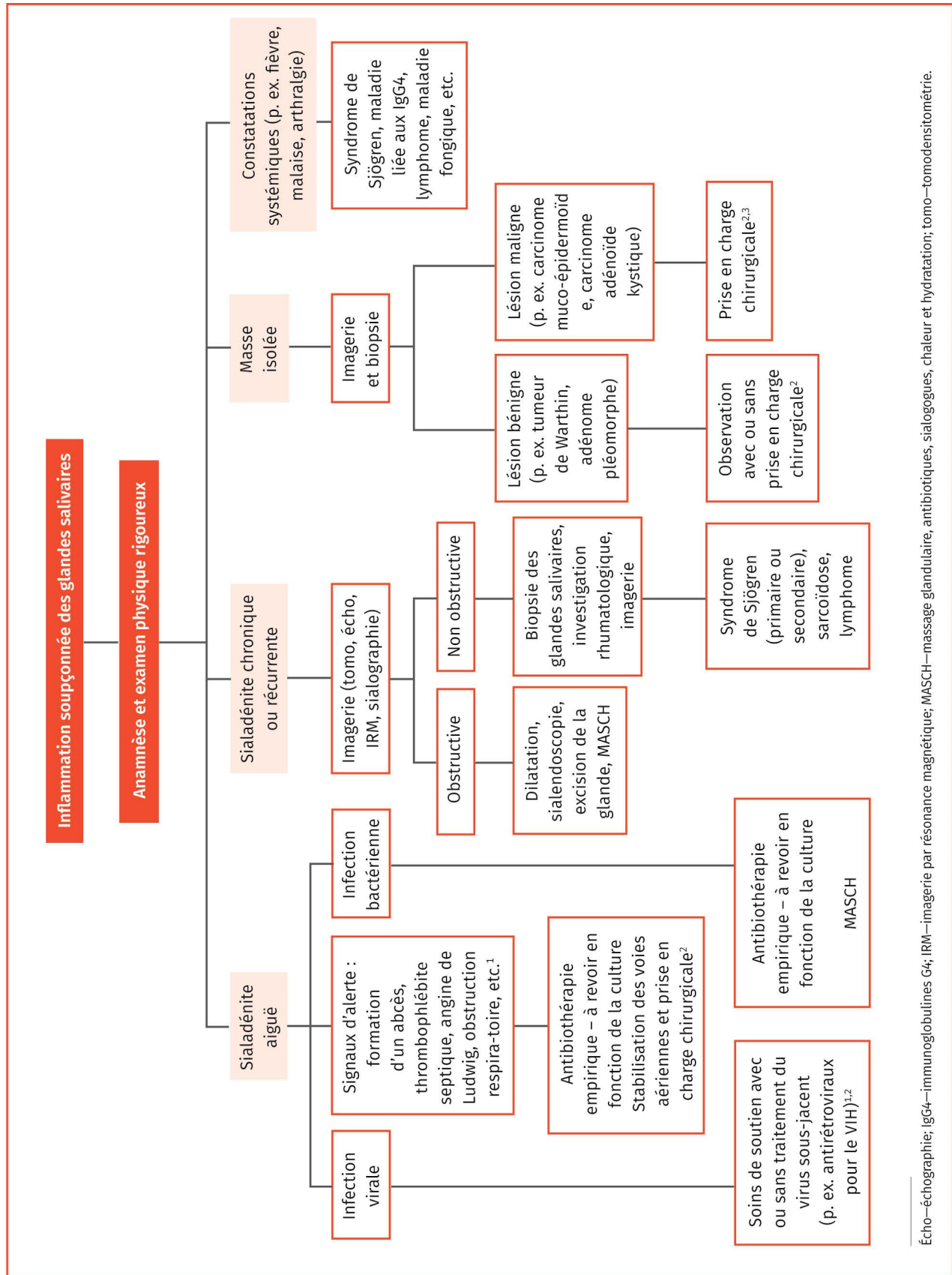
Points de repère du rédacteur

► L'anamnèse et l'examen physique jouent un rôle important dans la détermination de la cause de la sialadénite d'un patient. Parmi les points saillants de l'évaluation figurent la nature chronique ou aiguë de la présentation, les changements dans la taille des glandes, la présence de douleur ou de fièvre, et le bilan des médicaments du patient. Il est essentiel d'inspecter la région de la tête et du cou.

► Une sialadénite suppurante aiguë, qui est une présentation courante de la sialadénite, est une inflammation des glandes salivaires (plus communément les glandes parotides) causée par une infection bactérienne. Elle se présente le plus souvent avec une combinaison d'enflure, de sensibilité et d'induration dans les glandes affectées, et s'accompagne fréquemment d'un écoulement purulent de leurs canaux respectifs. Une stase salivaire compte parmi les principaux facteurs déclencheurs. La prise en charge peut être facilement mémorisée avec l'acronyme MASCH, pour massage de la glande, antibiotiques, sialogogues, chaleur et hydratation.

► La sialolithiase est la maladie obstructive la plus commune des glandes salivaires, responsable d'environ 50 % des cas. La sialolithiase consiste en la formation de calculs dans les systèmes canaux des glandes salivaires. Les patients atteints d'une sialolithiase ont souvent une enflure et de la douleur après les repas, et des antécédents de sialadénite suppurante aiguë récurrente. Il faut extraire les calculs par dilatation canalaire ou sialendoscopie.

Figure 1. Algorithme pour la prise en charge des patients chez qui on suspecte un trouble des glandes salivaires



Écho—échographie; IgG4—immunoglobulines G4; IRM—imagerie par résonance magnétique; MASCH—massage glandulaire, antibiotiques, sialogogues, chaleur et hydratation; tomo—tomodensitométrie.

Tableau 1. Troubles courants des glandes salivaires

PROBLÈME	CAUSE	PRÉSENTATION CLINIQUE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT
Sialadénite suppurante aiguë	Bactéries	Apparition soudaine d'une enflure ou d'une sensibilité ²	<ul style="list-style-type: none"> • Enflure, sensibilité et durcissement des glandes affectées² • Un écoulement purulent peut être observé 	Acronyme MASCH : massage glandulaire, antibiotiques, sialagogues, chaleur, hydratation ²
Sialadénite chronique	Obstruction (sténose ou blocage du canal) ou d'ordre rhumatologique	<ul style="list-style-type: none"> • Épisodes récurrents de douleur et d'enflure; peuvent s'aggraver en mangeant • Infections récurrentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Glande enflée ou ferme • L'imagerie peut détecter un calcul ou une sténose 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge conservatrice : massage glandulaire et hydratation¹ • Une sialendoscopie ou une opération ouverte peuvent être nécessaires si la prise en charge conservatrice ne suffit pas¹
Néoplasme	Processus bénin ou malin	Masse ferme et indolore	<ul style="list-style-type: none"> • Imagerie (tomodensitométrie ou imagerie par résonance magnétique) • Aspiration à l'aiguille fine 	Excision chirurgicale de la glande ^{2,3}
Infection virale	Le plus souvent les oreillons ou le VIH	Enflure et sensibilité bilatérales	Sérologie virale	Soins de soutien avec ou sans mesures pour traiter le virus sous-jacent ^{11,2}

Elle touche le plus souvent les glandes parotides, quoique, moins couramment, elle puisse affecter les glandes submandibulaires⁴. Une sialadénite suppurante peut se produire tant chez les enfants que les adultes⁵.

La sialadénite suppurante affecte plus communément les hommes âgés de 50 à 70 ans, et son incidence se situe à 0,173 cas par 10000 personnes². Elle se présente le plus souvent avec une combinaison d'enflure, de sensibilité et d'induration dans les glandes affectées, et s'accompagne fréquemment d'un écoulement purulent sortant des canaux respectifs de ces glandes^{2,5}. La cause bactérienne la plus commune est le *Staphylococcus aureus*, tandis que les espèces de *Streptococcus* et *Haemophilus influenzae* peuvent aussi être impliqués⁶.

La stase salivaire est l'un des principaux facteurs déclencheurs d'une sialadénite suppurante aiguë^{2,7}. Cette stase peut être causée par des médicaments ou par une sialolithiase². La stase salivaire est associée à la déshydratation et à des médicaments courants comme les antidépresseurs tricycliques, les antipsychotiques, les benzodiazépines, les anticholinergiques, les β -bloquants et les antihistaminiques^{5,8}. La stase entraîne une surcroissance bactérienne et de l'inflammation². La sialolithiase est la maladie obstructive la plus courante des glandes salivaires; et elle est responsable de 50 % des cas^{1,6}. Cette lithiase salivaire consiste en la formation de calculs dans les systèmes canaux des glandes salivaires; elle touche principalement les glandes submandibulaires (80 à 90 % des cas)^{1,5,9}. L'incidence de la sialolithiase est habituellement plus élevée entre 30 et 70 ans, sans distinction entre les sexes⁵. La tendance de la sialolithiase à affecter le canal submandibulaire est due

à la longueur du canal et à son flux antigravitationnel, de même qu'à la salive qui y est plus alcaline, et plus concentrée en mucus et en phosphate de calcium⁴. Même si la composition chimique des calculs qui se trouvent dans les glandes parotides et submandibulaires est semblable, 90 % des calculs submandibulaires sont radio-opaques, tandis qu'un pourcentage semblable des calculs parotidiens sont radio-transparents à l'imagerie par rayons X faciaux standards^{4,10}. Les patients qui souffrent de sialolithiase présentent souvent de l'enflure et de la douleur après avoir mangé, et ont des antécédents de sialadénite suppurante aiguë récurrente². Les calculs peuvent être palpables à l'examen physique, et le massage de la glande affectée peut produire une quantité réduite de salive, plus opaque que la normale². L'inflammation chronique des glandes due à la présence de calculs peut entraîner une atrophie de la glande, accompagnée d'un déclin dans la fonction sécrétoire et, potentiellement, d'une fibrose⁵. Les complications de la sialolithiase incluent la sialadénite suppurante, la sténose et l'ectasie canalaire².

Parmi les autres facteurs de risque d'une sialadénite suppurante aiguë figurent le diabète sucré, une infection au VIH, une mauvaise hygiène buccale et la xérostomie chronique⁵.

Sialadénite virale : Les infections virales sont une cause de sialadénite suppurante aiguë. Les oreillons sont l'infection virale qui touche le plus souvent les glandes salivaires; ils affectent principalement les glandes parotides. Ils se présentent généralement avec une enflure et une sensibilité bilatérales². Au Canada, les oreillons affectent surtout les personnes de 15 à 39 ans¹¹. Entre 2011 et 2013, l'incidence annuelle moyenne des

oreillons au Canada était de 0,4 cas par 100 000 personnes¹². Parmi les autres virus qui peuvent toucher les glandes salivaires, mentionnons le VIH, l'hépatite C, l'influenza, le cytomégalovirus et les virus Coxsackie^{2,13}.

Sialadénite chronique : La sialadénite chronique se caractérise par des épisodes récurrents de douleur et d'enflure des glandes salivaires. Au nombre des causes figurent la stase salivaire, des infections bactériennes, des processus néoplasiques et des troubles auto-immuns⁴. Comme dans les cas de sialadénite suppurante aiguë, on croit que la stase salivaire joue un rôle important dans l'apparition de l'inflammation¹⁴.

La parotidite juvénile récurrente est une maladie rare observée chez les enfants de 3 à 5 ans, qui se caractérise par plusieurs flambées aiguës non suppurantes par année, mais elle se résorbe spontanément à mesure que l'enfant vieillit¹⁵.

La principale maladie auto-immune associée à la sialadénite est le syndrome de Sjögren, un problème caractérisé par un hypofonctionnement des glandes salivaires et lacrymales^{16,17}. Les patients atteints du syndrome de Sjögren se plaignent souvent d'avoir la bouche et les yeux secs.

La sialadénite sclérosante chronique, qui affecte principalement les glandes submandibulaires et se présente comme une enflure ferme autour de la glande touchée, peut être assez difficile à différencier sur le plan histologique d'un processus néoplasique^{18,19}.

La sialadénose est un grossissement non spécifique, non inflammatoire et non néoplasique des glandes salivaires, qui touche principalement les glandes parotides^{2,10}. Le problème est lié à des changements dans les composantes sécrétoires et parenchymateuses des glandes et se présente généralement sous forme d'un grossissement bilatéral non douloureux^{2,5}. La sialadénose se produit plus fréquemment chez les adultes qui ont entre 30 et 70 ans, sans distinction entre les sexes², et elle est souvent liée à un problème métabolique sous-jacent, comme un trouble de consommation d'alcool et la dysfonction hépatique²⁰.

Signaux d'alerte. Les complications d'une sialadénite suppurante aiguë sont rares, mais, dans certains cas, elles sont potentiellement fatales. Ces complications peuvent inclure la formation d'un abcès et son infiltration dans les espaces profonds du cou, d'où une obstruction respiratoire. L'angine de Ludwig, une cellulite bilatérale de l'espace submandibulaire qui progresse rapidement, peut aussi être causée par une infection des glandes salivaires²¹. Elle se présente habituellement avec de la fièvre, de la faiblesse, de la fatigue, un œdème proéminent au cou et aux tissus submandibulaires, et un trismus, et elle peut évoluer en une obstruction considérable des voies aériennes²¹. Dans les cas où une sialadénite suppurante aiguë ne répond pas aux traitements conservateurs, comme une antibiothérapie à large spectre ou

déterminée par une culture, il faut prescrire une imagerie pour exclure la possibilité d'un abcès².

Les processus néoplasiques des glandes salivaires apparaissent habituellement sous forme de masse indolore dans la glande. Les masses parotidiennes ont tendance à être bénignes (environ 80 %), tandis que les masses submandibulaires et sublinguales ont plutôt tendance à être cancéreuses (50 à 80 %)². Quel que soit l'endroit, la présentation d'une masse néoplasique diffère de celle de la sialadénite, parce qu'elle ne fluctue généralement pas, elle n'est pas influencée par le fait de manger et elle a une forme bien circonscrite. Toutes les masses aux glandes salivaires exigent une investigation comme si elles étaient néoplasiques, y compris l'imagerie (une échographie en premier lieu), une biopsie et une demande de consultation pour une prise en charge chirurgicale. Les signes cliniques qui pourraient indiquer un processus malin sont la parésie faciale, la fixation de la masse aux tissus sous-jacents et une lymphadénopathie palpable dans le cou². Les cancers les plus communs des glandes salivaires sont le carcinome muco-épidermoïde et le carcinome adénoïde kystique. Le carcinome épidermoïde métastatique dans les cellules squameuses de la parotide est le processus malin le plus courant qui touche les glandes parotides³. Un patient qui a des antécédents de carcinome épidermoïde des cellules squameuses et une masse parotidienne exige une investigation urgente. Les tumeurs bénignes les plus communes sont l'adénome pléomorphe et la tumeur de Warthin¹. Le tabagisme a été identifié dans les ouvrages scientifiques comme étant lié à la croissance d'une tumeur de Warthin²².

Une excroissance graduelle indolore des principales glandes salivaires avec une xérostomie connexe peut laisser présager une maladie des glandes salivaires secondaire à une infection par le VIH²³. Étant donné que la présentation d'une maladie des glandes salivaires liée à une infection par le VIH est semblable à celle des maladies ayant d'autres causes virales ou d'autres origines plus chroniques, une sérologie virale est indiquée pour orienter la prise en charge⁷.

Investigations diagnostiques. L'anamnèse et l'examen physique jouent des rôles importants dans la détermination de la cause de sialadénite d'un patient. Parmi les points saillants à évaluer figurent la présentation aiguë ou chronique du problème, les changements dans la taille des glandes, la présence de douleur ou de fièvre, et le bilan pharmacologique du patient.

Une inspection de la région de la tête et du cou des patients chez qui on soupçonne une sialadénite est essentielle dans l'investigation diagnostique. Il faut d'abord confirmer la stabilité des voies aériennes. Des signes de compromission des voies aériennes exigent une prise en charge urgente. Ensuite, il faut inspecter les glandes salivaires pour voir s'il y a présence d'érythème, de chaleur, d'enflure et d'asymétrie. Par palpation,

on cherche s'il y a une masse isolée pour exclure un néoplasme^{2,8}. On procède ensuite à un examen de la cavité buccale à la recherche de masses, de lésions et d'enflure. Par un massage des glandes, on évalue s'il y a un écoulement purulent des canaux salivaires²⁴. Les glandes parotides se drainent par le canal parotidien (aussi connu sous le nom de *canal de Stensen*), qui est un petit point situé au niveau de la deuxième molaire maxillaire (**Figure 2**)²⁵. Les glandes submandibulaires (connues aussi historiquement sous le nom de *glandes sous-maxillaires*) se drainent par le canal submandibulaire (autrefois le *canal sous-maxillaire*), qui se trouve sur le plancher buccal, directement à côté du frein de la langue. Il est aussi important d'examiner les nerfs crâniens 7 et 12, car une déficience des nerfs crâniens pourrait évoquer une tumeur maligne ou une complication de l'infection.

Investigations en laboratoire : En général, des analyses en laboratoire ne sont pas nécessaires pour diagnostiquer une sialadénite. Dans le cas d'une xérostomie persistante qui ferait soupçonner un syndrome de Sjögren, des résultats positifs à une analyse sérologique pour détecter des auto-anticorps anti-SSA (aussi connus sous le nom d'*anti-Ro*) indiquent un processus auto-immun²⁶. Si on s'inquiète de la présence d'un abcès, des cultures sanguines et un hémogramme complet pourraient être effectués.

Imagerie : Bien qu'une anamnèse et un examen physique rigoureux puissent suffire pour diagnostiquer une sialadénite, l'imagerie est souvent nécessaire pour diagnostiquer une sialolithiase, et elle est toujours indiquée s'il y a une masse palpable. L'échographie est la méthode d'imagerie de première intention, car elle peut

détecter des calculs ainsi que des lésions focales et diffuses dans les glandes parotides²⁷. La tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique peuvent être utiles pour diagnostiquer une sialolithiase, des néoplasmes ou des abcès^{27,28}.

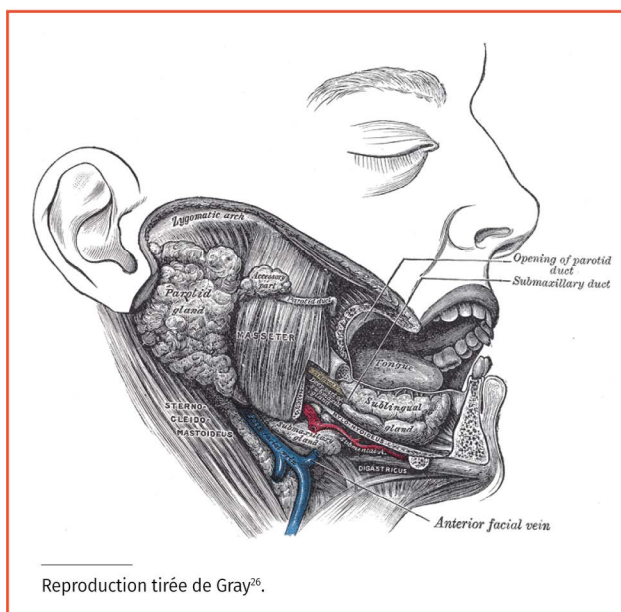
Prise en charge

Prévention : L'éducation des patients concernant une bonne hygiène buccale et le maintien d'une hydratation suffisante peut aider à prévenir l'apparition ainsi que les récurrences de sialadénite⁸.

Infection aiguë : On peut se rappeler facilement la prise en charge d'une sialadénite suppurante aiguë au moyen de l'acronyme *MASCH*, qui désigne *massage* glandulaire, *antibiotiques*, *sialagogues*, *chaleur* et *hydratation*⁴. La technique de massage recommandée consiste à placer 2 doigts sur le corps de la glande et à appliquer une délicate pression tout en suivant la direction du canal²⁹. Une antibiothérapie empirique devrait être amorcée rapidement et chercher à cibler les bactéries Gram positives et les anaérobies jusqu'à ce qu'une thérapie puisse être mieux déterminée en fonction des résultats de la culture^{2,7}. En consultation externe, une combinaison de 875 mg d'amoxicilline et de 125 mg de clavulanate par voie orale 2 fois par jour assurera une couverture adéquate. Si aucune amélioration n'est constatée ou si l'état du patient s'aggrave, il faudra hospitaliser le patient pour un traitement par voie intraveineuse avec une combinaison de 2 g d'ampicilline et de 1 g de sulbactam toutes les 6 heures, soit le traitement de première intention recommandé. Étant donné l'absence de lignes directrices établies, la durée du traitement se fonde sur la gravité de l'infection et sur sa réponse au traitement. Les sialagogues comme la gomme à mâcher ou les bonbons durs sans sucre peuvent stimuler la production et l'écoulement salivaires, et prévenir une plus grande stase de la salive. Les exacerbations aiguës d'une sialadénite chronique devraient être traitées comme une sialadénite suppurante aiguë, et des anti-inflammatoires comme l'ibuprofène, le diclofénac et le naproxène peuvent être ajoutés pour diminuer l'enflure^{2,7}. La sialadénite d'origine virale devrait principalement être traitée par des soins de soutien et d'autres mesures ciblant le virus sous-jacent (p. ex. une thérapie antirétrovirale dans les cas de maladies des glandes salivaires liées au VIH)^{1,2}.

Intervention chirurgicale : Dans certains cas où la prise en charge conservatrice ne suffit pas ou ne réglera pas le problème sous-jacent, une intervention chirurgicale est nécessaire. Lorsque les voies aériennes du patient sont instables, il faut prendre des mesures chirurgicales ou faire une intubation pour les préserver. Il faut aussi un drainage chirurgical s'il se forme un abcès dans un cas de sialadénite suppurante aiguë². Si la cause sous-jacente est une sialolithiase, le calcul devra être extrait. Plus récemment, la sialendoscopie

Figure 2. Schéma d'une dissection des glandes salivaires du côté droit



Reproduction tirée de Gray²⁶.

est devenue une option thérapeutique possible. Cette technique se sert de petits endoscopes placés dans le canal salivaire pour le dilater et enlever le calcul². Dans les cas de sialadénite chronique qui ne répondent pas à la prise en charge conservatrice ou à la sialendoscopie, on utilise généralement une intervention chirurgicale. Il peut s'agir d'une opération mineure, comme l'extraction d'un calcul ou une ligature canalaire, ou encore de l'excision complète de la glande^{2,30}. La plupart des processus néoplasiques dans les glandes salivaires sont traités par intervention chirurgicale pour enlever la masse, prévenir les métastases et préserver la fonction des structures avoisinantes².

Résolution du cas

Étant donné l'apparition soudaine, l'enflure, la sensibilité et l'écoulement purulent, de même que les caractéristiques démographiques de M. A., la cause probable de cette présentation est une sialadénite suppurante aiguë. À l'examen physique, un écoulement purulent venant du canal parotidien droit du patient a été confirmé, et sa joue était chaude au toucher. Ces constatations ont confirmé encore davantage le diagnostic de sialadénite suppurante aiguë. Les résultats des cultures ont révélé la croissance de *S aureus*, et M. A. a reçu une prescription d'une combinaison de 875 mg d'amoxicilline et de 125 mg de clavulanate par voie orale 2 fois par jour pendant 2 semaines. On lui a conseillé de masser la glande sensible, d'appliquer des compresses chaudes et de s'hydrater suffisamment. Après une semaine de cette approche thérapeutique, l'enflure et la sensibilité avaient diminué, et aucun écoulement purulent n'a été constaté. On lui a recommandé d'augmenter son hydratation orale pour prévenir une récurrence.



Jonah Moore est étudiant en médecine à la Faculté des sciences de la santé de l'Université Queen's à Kingston (Ontario). Le Dr **Matthew T.W. Simpson** est professeur adjoint au Département de médecine familiale de l'Université Queen's. Les Drs **Natasha Cohen**, **Jason A. Beyea**, et **Timothy Phillips** sont tous professeurs adjoints au Département de chirurgie de l'Université Queen's.

Collaborateurs

Tous les auteurs ont contribué à la revue de la littérature scientifique et à la préparation du manuscrit aux fins de présentation.

Intérêts concurrents

Le Dr **Jason A. Beyea** est propriétaire et directeur médical du Kingston Ear Institute, une clinique multidisciplinaire qui offre des services de diagnostic et de réhabilitation pour la perte de l'ouïe et vestibulaire. Les autres auteurs n'ont pas de conflits d'intérêts à déclarer.

Correspondance

Jonah Moore; courriel jmoore@qmed.ca

Références

- Ugga L, Ravanelli M, Pallottino AA, Farina D, Maroldi R. Diagnostic work-up in obstructive and inflammatory salivary gland disorders. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2017;37(2):83-93.
- Rice DH. Nonneoplastic diseases of the salivary glands. Dans : Bailey BJ, Johnson JT, Newlands SD, rédacteurs. *Head & neck surgery—otolaryngology*. 4^e éd. Philadelphie, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 545-54.
- Speight PM, Barrett AW. Salivary gland tumours. *Oral Dis* 2002;8(5):229-40.
- Myers EN, Ferris RL, rédacteurs. *Salivary gland disorders*. Berlin, Allemagne: Springer-Verlag; 2007.
- Ardino PG, Carrozzo M, Pentenero M, Bertolusso G, Gandolfo S. Non-neoplastic salivary gland diseases [article en anglais et en italien]. *Minerva Stomatol* 2006;55(5):249-70.

- Delli K, Spijkervet FKL, Vissink A. Salivary gland diseases: infections, sialolithiasis and mucocèles. *Monogr Oral Sci* 2014;24:135-48. Publ. en ligne du 23 mai 2014.
- Jackson NM, Mitchell JL, Walvekar RR. Inflammatory disorders of the salivary glands. Dans : Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, Niparko JK, Robbins KT, Thomas JR et coll, rédacteurs. *Cummings otolaryngology: head and neck surgery*. 6^e éd. Philadelphie, PA: Saunders; 2015. p. 1223-37.
- Rice DH. Noninflammatory, non-neoplastic disorders of the salivary glands. *Otolaryngol Clin North Am* 1999;32(5):835-42.
- Iro H, Dlugaczky J, Zenk J. Current concepts in diagnosis and treatment of sialolithiasis. *Br J Hosp Med (Lond)* 2006;67(1):24-8.
- Rabinov JD. Imaging of salivary gland pathology. *Radiol Clin North Am* 2000; 38(5):1047-57, x-xi.
- Vaccin contre les oreillons. : Guide canadien d'immunisation. Pour les professionnels de la santé.** Ottawa, ON: gouvernement du Canada; 2015. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-14-vaccin-oreillons.html>. Réf. du 17 avr. 2021.
- Oreillons. Pour les professionnels de la santé.** Ottawa, ON: gouvernement du Canada; 2023. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/maladies-pouvant-etre-prevenues-vaccination/oreillons/professionnels.html>. Réf. du 6 juill. 2023.
- Bradley PJ. Microbiology and management of sialadenitis. *Curr Infect Dis Rep* 2002;4(3):217-24.
- Harrison JD. Causes, natural history, and incidence of salivary stones and obstructions. *Otolaryngol Clin North Am* 2009;42(6):927-47.
- Berta E, Angel G, Lagarde F, Fonlupt B, Noyelles L, Bettega G. Role of sialendoscopy in juvenile recurrent parotitis (JRP). *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2017;134(6):405-7. Publ. en ligne du 29 juin 2017.
- Coca KK, Gillespie MB, Beckmann NA, Zhu R, Nelson TM, Witt RL. Sialendoscopy and Sjogren's disease: a systematic review. *Laryngoscope* 2021;131(7):1474-81. Publ. en ligne du 3 nov. 2020.
- Manoussakis MN, Kapsogeorgou EK. The role of intrinsic epithelial activation in the pathogenesis of Sjogren's syndrome. *J Autoimmun* 2010;35(3):219-24. Publ. en ligne du 4 août 2010.
- Culver EL, Hunt A, Crewe E, Shah KA, Martinez-Devesa P. Immunoglobulin G4 related chronic sclerosing sialadenitis. *J Laryngol Otol* 2015;129(3):226-31.
- Williams HK, Connor R, Edmondson H. Chronic sclerosing sialadenitis of the submandibular and parotid glands: a report of a case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Endod* 2000;89(6):720-3.
- Guggenheimer J, Close JM, Eghtesad B. Sialadenitis in patients with advanced liver disease. *Head Neck Pathol* 2009;3(2):100-5. Publ. en ligne du 26 mars 2009.
- Costain N, Marrie TJ. Ludwig's angina. *Am J Med* 2011;124(2):115-7. Publ. en ligne du 19 oct. 2010.
- De Ru JA, Plantinga RF, Majoer MHJM, van Benthem PPG, Slootweg PJ, Peeters PHM et coll. Warthin's tumour and smoking. *B-ENT* 2005;1(2):63-6.
- Islam NM, Bhattacharyya I, Cohen DM. Salivary gland pathology in HIV patients. *Diagn Histopathol* 2012;18(9):366-72.
- Carlson ER. Diagnosis and management of salivary gland infections. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2009;21(3):293-312.
- Fig. 1024. Dissection, showing salivary glands of right side. Dans : Gray H. *Anatomy of the human body*. Lewis WH, rédacteur. 20^e éd. Philadelphie, PA: Lea & Febiger; 1918. p. 1135.
- Yamamoto M, Takahashi H, Shinomura Y. Mechanisms and assessment of IgG4-related disease: lessons for the rheumatologist. *Nat Rev Rheumatol* 2014;10(3):148-59. Publ. en ligne du 3 déc. 2013.
- Abdel Razek AAK, Mukherji S. Imaging of sialadenitis. *Neuroradiol J* 2017;30(3):205-15. Publ. en ligne du 6 janv. 2017.
- Yousem DM, Kraut MA, Chalian AA. Major salivary gland imaging. *Radiology* 2000;216(1):19-29.
- McQuone SJ. Acute viral and bacterial infections of the salivary glands. *Otolaryngol Clin North Am* 1999;32(5):793-811.
- Wang S, Marchal F, Zou Z, Zhou J, Qi S. Classification and management of chronic sialadenitis of the parotid gland. *J Oral Rehabil* 2009;36(1):2-8. Publ. en ligne du 22 oct. 2008.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, allez à <https://www.cfp.ca> et cliquez sur le lien vers Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs. *Can Fam Physician* 2023;69:531-6 (ang), e159-64 (fr). DOI: 10.46747/cfp.6908e159

The English version of this article is available at <https://www.cfp.ca> on the table of contents for the August 2023 issue on page 531.