

# Pathologie des glandes salivaires

## Infections des glandes salivaires

Toute sédimentation de la sécrétion salivaire et tout obstacle à son excrétion favorisent l'apparition d'infections qui se propagent aux glandes salivaires par voie canalaire ascendante à partir de germes des foyers infectieux présents dans la cavité buccale.

Parfois, l'infection peut atteindre les glandes salivaires par voie hématogène ou s'étendre à une glande salivaire à partir d'un processus de voisinage.

## Sialites aiguës

### *Sialites virales*

Les sialites virales sont le plus souvent bilatérales.

### **Sialite ourlienne**

La sialite ourlienne se caractérise par : la notion de contagion, une incubation de 21 jours, une rougeur à l'ostium du canal de Sténon, une tuméfaction parotidienne, parfois submandibulaire, un syndrome infectieux modéré.

L'évolution se fait vers la guérison totale dans la majorité des cas ; parfois, elle peut laisser des foyers de nécrose pouvant faire le lit d'une parotidite parenchymateuse.

### **Autres sialites virales**

Les autres sialites virales sont le virus de Coxsackie, le VIH, la grippe, etc.

### *Sialites bactériennes*

Les parotidites et les submandibulites bactériennes ne s'observent pratiquement que chez l'adulte et surtout chez la personne âgée. Elles sont favorisées par la déshydratation et par un état immunitaire déficient.

## ***Sialite infectée d'origine lithiasique***

Le tableau de la sialite infectée d'origine lithiasique est celui de parotidite aiguë bactérienne ou de submandibulite aiguë.

L'examen radiologique retrouvera des images de lithiase.

# Pathologie des glandes salivaires

## Sialites chroniques

Il s'agit principalement de parotidites.

### ***Parotidites subaiguës récidivantes de l'enfant***

Les parotidites subaiguës récidivantes de l'enfant se caractérisent comme suit :

- elles posent un problème difficile car, lors du premier épisode, c'est le diagnostic d'oreillons qui est posé ;
- elles touchent l'enfant de 4 à 5 ans ; elles sont d'étiologie inconnue et souvent récidivantes ;
- il s'agit d'une tuméfaction unilatérale, douloureuse, s'accompagnant d'adénopathies ;
- cette tuméfaction est inflammatoire et l'on voit sourdre du pus par l'ostium du Sténon ;
- la VS est augmentée, associée à une hyperleucocytose ;
- l'évolution se fait par poussées ;
- la sialographie pratiquée en dehors des périodes inflammatoires montre des dilatations des canaux.

### ***Parotidites subaiguës récidivantes de l'adulte***

Plus rares, les parotidites subaiguës récidivantes de l'adulte sont parfois secondaires à une parotidite aiguë (voir supra).

## ***Calcinose salivaire***

On reconnaît la calcinose salivaire, car :

- elle se manifeste par des poussées de parotidite et plus rarement de submandibulite ;
- on note des épisodes inflammatoires et une symptomatologie de type

lithiasique ;

- la radiographie simple objective de multiples concrétions calcaires se projetant dans l'aire de la glande.

# Pathologie des glandes salivaires

## Lithiases salivaires

Appelées encore sialodochites, les lithiases salivaires sont des affections fréquentes ; la lithiase submandibulaire est de loin la plus rencontrée et s'observe à tous les âges.

Il s'agit le plus souvent de calculs (sels de calcium) qui migrent avec le flux salivaire ; ces calculs peuvent être multiples.

L'étiologie exacte reste incertaine, on peut relever certains facteurs favorisants : stase salivaire, spasme ou rétrécissement canalaire, lésions inflammatoires, foyers infectieux dentaires.

## Lithiase submandibulaire

La découverte de la lithiase peut être fortuite, ou se faire à l'occasion de l'apparition de signes mécaniques ou inflammatoires, voire de complications infectieuses. Ces signes sont explicables par l'anatomie de la région (Fig. 1).

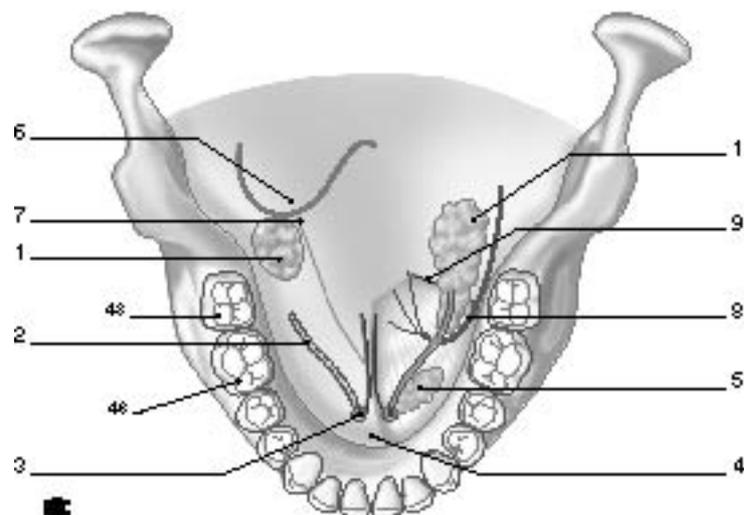


Fig. 1. **Plancher buccal et glande submandibulaire.** 1. Pôles supérieurs de la glande accessible au doigt endobuccal. 2. prolongement antéro-interne et canal de Wharton. 3. ostium du Wharton. 4. frein de la langue. 5. glande sublinguale (crête salivaire). 6. repli palatoglosse. 7. sillon peltolingual. 8.

**nerf lingual sous-croisant le Wharton. 9. bord postérieur du muscle mylohyoïdien.**

## ***Signes cliniques***

### **Découverte fortuite**

À l'occasion d'un examen radiologique (panoramique dentaire, cliché de rachis cervical), il peut arriver parfois que l'on découvre une petite tuméfaction du plancher buccal correspondant à un calcul et que l'on retrouve à la palpation (Fig. 2).



**Fig. 2. Calcul enclavé dans l'ostium du canal de Wharton gauche.**

## ***Signes mécaniques***

Les signes mécaniques sont en général les premiers signes : ils sont caractéristiques et sont *rythmés par les repas*.

*La hernie salivaire* : elle correspond à un blocage momentané et partiel de l'écoulement salivaire à l'occasion d'un repas (phénomène réflexe de Pavlov). Elle se traduit par une tuméfaction douloureuse de la glande s'accompagnant de sensation de pesanteur et de tension de la région cervicale. Cette hernie disparaît dans un flux salivaire. Ces épisodes de tuméfaction récidivent et les récurrences sont de plus en plus rapprochées.

*La colique salivaire (de Morestin)* : elle est secondaire à l'arrêt du flux

salivaire consécutif à l'enclavement du calcul. Elle apparaît à l'occasion de stimuli salivaires ; c'est une douleur vive à type de tiraillements qui est contemporaine de la hernie par blocage du flux dans le canal excréteur. La douleur va céder relativement rapidement. L'examen de l'ostium montre une rougeur avec une turgescence. La palpation bidigitale permet parfois de sentir le calcul au pôle antérieur de la glande. L'évolution est souvent favorable au début, avec disparition spontanée des douleurs par migration et désenclavement du calcul et expulsion d'un jet de salive. En l'absence de traitement, les crises vont se répéter et peuvent entraîner des accidents inflammatoires.

## **Signes inflammatoires et infectieux**

Les signes inflammatoires et infectieux surviennent après des épisodes d'accidents mécaniques, mais peuvent parfois être inauguraux.

*Whartonite* : c'est une cellulite circonscrite du plancher buccal se traduisant par une douleur vive, irradiant vers l'oreille, une fièvre modérée, une dysphagie, une hypersialorrhée. Il n'existe pas de cordon reliant la tuméfaction à la table interne de la mandibule, éliminant ainsi une cellulite d'origine dentaire. Il existe une issue de pus au niveau de l'ostium du canal de Wharton à la pression de la glande, pus à prélever pour examen bactériologique. Il n'existe pas ou peu de signes généraux d'infection à ce stade.

*Périwhartonite* : c'est un abcès péricanalaire caractérisé par des douleurs plus vives, un trismus, une tuméfaction du plancher buccal et une issue de pus par l'ostium du Wharton. On observe l'apparition de signes généraux avec exacerbation de la douleur. Sans traitement, une fistulisation du plancher buccal peut apparaître. L'infection peut se propager en arrière vers la glande pour réaliser un tableau de submandibulite aiguë.

*Submandibulite aiguë* : la région submandibulaire est chaude, tendue, douloureuse, le revêtement cutané est normal ou érythémateux, on note une fièvre à 38–39 °C, associée à une dysphagie importante, et une issue de pus à l'ostium. L'évolution spontanée se fait vers la fistulisation en l'absence de traitement.

## **Diagnostic**

Les manifestations cliniques, qu'elles soient mécaniques, inflammatoires ou

infectieuses, sont le plus souvent suffisamment évocatrices.

L'inspection de l'ostium du canal de Wharton, rouge, tumescent, avec ou non issue de pus oriente vers la pathologie salivaire.

Le palper bidigital, s'il perçoit le calcul, confirme la lithiase.

Lorsque les manifestations cliniques sont moins franches, des examens complémentaires vont affirmer le diagnostic.

## **Radiographies sans préparation**

On privilégiera :

- les clichés occlusaux endobuccaux qui retrouvent les calculs radio-opaques au niveau des deux tiers antérieurs du canal (Fig. 3) ;
- une radiographie en profil strict mandibulaire ;
- un panoramique dentaire qui permet de visualiser les gros calculs et d'évaluer l'état dentaire.



**Fig. 3. Cliché occlusal antérieur explorant les deux tiers antérieurs du canal de Wharton, avec mise en évidence de deux calculs.**

## **Échographie**

L'échographie est un examen simple, non invasif, qui dépiste un calcul radiotransparent.

## **Sialographie**

La sialographie n'est jamais systématique et elle est toujours pratiquée en

dehors d'un épisode inflammatoire. Elle peut avoir l'intérêt d'apprécier la valeur fonctionnelle de la glande.

## **TDM**

La tomodensitométrie (TDM) est pratiquée en cas de doute diagnostic, avec une lésion tumorale de la glande.

## **Sialendoscopie**

Cet examen, encore peu pratiqué pour des raisons techniques, représentera probablement dans l'avenir un outil intéressant pour le diagnostic, voire pour la thérapeutique.

## ***Diagnostic différentiel***

Le diagnostic est en général facile, fondé sur les accidents mécaniques et infectieux :

- un accident mécanique, qui peut être dû à une compression extrinsèque du canal ;
- les manifestations inflammatoires et infectieuses, qui doivent faire éliminer une cellulite d'origine dentaire, une adénite (la tuméfaction douloureuse fait corps avec la mandibule), et plus rarement un kyste infecté.

# Pathologie des glandes salivaires

## Lithiase parotidienne

Beaucoup moins fréquente que la lithiase submandibulaire, la lithiase parotidienne est souvent de découverte fortuite. Les accidents infectieux sont plus fréquents que les accidents mécaniques ; ils sont souvent inauguraux.

## Clinique

Les signes sont les mêmes que la lithiase submandibulaire, à savoir :

- hernie salivaire rythmée par les repas ;
- colique salivaire sous la forme d'une tuméfaction se projetant dans l'aire parotidienne ;
- les accidents infectieux se manifestent sous forme de sténonite, parotidite, voire abcès péricanalaire (Fig. 4).



**Fig. 4. Scanner : image de parotidite chronique bilatérale sous la forme demicro-abcès intraglandulaires et calcul parotidien droit.**

## Bilan paraclinique

Le bilan paraclinique comprend :

- des clichés endobuccaux à la recherche de calculs radio-opaques ; une échographie, voire une TDM permettent de déceler la lithiase.
- une sialographie, plus largement utilisée, qui permet de retrouver de petits calculs et des calculs radiotransparents. Elle apprécie surtout l'état fonctionnel de la glande et est pratiquée à distance des épisodes infectieux.

# Pathologie des glandes salivaires

## Lithiase des glandes salivaires accessoires

Les glandes salivaires accessoires sont réparties dans toute la cavité buccale, joues, langue, palais, lèvres.

Ces lithiases sont rares et de diagnostic méconnu.

Il s'agit d'une tuméfaction endobuccale douloureuse et tendue.

La découverte de la lithiase peut se faire à l'occasion d'un épisode inflammatoire.

La pression fait sourdre un liquide séropurulent.

## Traitement

### Médical

Le traitement médical peut être :

- *symptomatique* : antispasmodiques, sialogogues (teinture de Jaborandi<sup>®</sup>), cholérétiques (Sulfarlem<sup>®</sup>) ;
- *anti-infectieux* : antibiotique efficace contre la flore endobuccale, adapté aux résultats de l'antibiogramme.

### Chirurgical

Le traitement chirurgical concerne :

- l'ablation du calcul par voie buccale s'il se situe dans les deux tiers antérieurs du canal de Wharton pour les lithiases submandibulaires ou s'il est accessible par voie endobuccale pour les lithiases parotidiennes ;
- la submandulectomie par voie cervicale pour les calculs enclavés dans le bassinnet ou la glande à distance de l'épisode infectieux. Les indications de parotidectomie sont rares. Drainage d'un abcès collecté.

# Pathologie des glandes salivaires

## Tumeurs des glandes salivaires

Les tumeurs des glandes salivaires représentent un chapitre important de la pathologie cervico-faciale. Leur traduction clinique relativement univoque, nodule isolé, fait qu'en l'absence de données fournies par les examens complémentaires l'exploration chirurgicale constitue le temps essentiel par l'examen anatomopathologique qu'elle autorise.

## Quelques notions épidémiologiques

Les tumeurs des glandes salivaires constituent 3 % des tumeurs de la face et du cou ; 63 % d'entre elles concernent les glandes salivaires principales (GSP) et plus spécifiquement la parotide (dans près de 90 % des cas), 37 % atteignent les glandes salivaires accessoires (GSA). Dans plus de 95 % des cas, ces tumeurs sont épithéliales :

- 66 % sont des tumeurs épithéliales bénignes dont 50 % sont des adénomes pléiomorphes ;
- 14 % sont des tumeurs à malignité intermédiaire : tumeurs muco-épidermoïdes dans 12 % des cas et tumeurs à cellules acineuses dans 2 % des cas ;
- 20 % sont des tumeurs malignes dont 14 % sont des cylindromes.

Mais la distribution est différente dans les deux groupes de glandes : les tumeurs des GSP sont trois fois sur quatre bénignes, alors que 60 % des tumeurs des GSA sont malignes.

Chez l'enfant, les deux tumeurs les plus fréquentes sont l'hémangiome pour les tumeurs bénignes et le rhabdomyosarcome embryonnaire pour les cancers.

# Pathologie des glandes salivaires

## Aperçu anatomopathologique

Depuis 1972, la classification des tumeurs des glandes salivaires universellement admise est celle de l'OMS et c'est en conformité avec celle-ci que nous les présenterons ci-dessous.

## Classification OMS des tumeurs des glandes salivaires

Tumeurs épithéliales

A. Adénomes :

1. adénome pléiomorphe (tumeur mixte) ;
2. adénomes simples :
  - a) adénolymphome ;
  - b) adénome oxyphile (oncocytole) ;
  - c) autres.

B. Tumeur muco-épidermoïde

C. Tumeur à cellules acineuses

D. Carcinomes :

1. carcinome adénoïde kystique ;
2. adénocarcinome ;
3. carcinome épidermoïde ;
4. carcinome indifférencié ;
5. carcinome dans un adénome pléiomorphe (tumeur mixte maligne).

Tumeurs non épithéliales

Tumeurs non classées

Lésions apparentées

## ***Tumeurs épithéliales***

### **Les tumeurs bénignes**

Les tumeurs bénignes les plus fréquentes sont : *l'adénome pléiomorphe* (environ 50 % des tumeurs salivaires) et, au sein des adénomes monomorphes, *l'adénolymphome* (7 %).

Les autres tumeurs bénignes sont beaucoup plus rares.

*L'adénome pléiomorphe* est l'apanage de la femme (sex-ratio de 3/1), avec un pic de fréquence se situant aux alentours de 50 ans. Il est le plus souvent localisé au niveau des GSP : 65 % sont parotidiens ; ils ne représentent qu'un tiers des tumeurs des GSA. Neuf fois sur dix, la lésion est superficielle. Elle est plus ou moins bien délimitée, constituée de nodules blanchâtres, crayeux juxtaposés et entourés d'une fausse capsule (condensation tissulaire péritumorale). La texture et la consistance sont hétérogènes (de ferme à gélatiniforme). Histologiquement, cette tumeur présente un double contingent épithélial et conjonctif (d'où son ancienne dénomination « tumeur mixte ») ; son composant cellulaire myo-épithélial, souvent majoritaire, semble jouer un rôle pathogénique. L'évolution est lente, non douloureuse, parfois par poussées. La dégénérescence est possible, mais rare (2 à 3 % des cas) ; elle survient surtout sur des tumeurs très volumineuses et évoluant depuis longtemps (parfois plusieurs décennies). Les récurrences ne sont pas rares, surtout après simple énucléation. En effet, l'adénome pléiomorphe se caractérise par sa multifocalité, par son extension plexiforme. Ainsi, la tumeur principale est entourée d'une série de micronodules situés en dehors ou dans la fausse capsule et qui sont à l'origine des récurrences.

*Les adénomes monomorphes* sont des tumeurs bénignes entièrement épithéliales. Contrairement à l'adénome pléiomorphe, ces tumeurs sont encapsulées et unifocales. Il en existe une grande variété. Elles sont en général de petit volume et évoluent lentement. Elles ne font jamais l'objet de dégénérescence. Parmi ces tumeurs, *l'adénolymphome* est la plus courante. Il s'agit d'une tumeur spécifique de la parotide. Ses synonymes sont nombreux (cystadénolymphome, tumeur de Wharton) et elle affecte plus souvent l'homme de plus de 40 ans. Sa consistance est molle ou rénitente. Parfois, le tableau clinique est celui d'une poussée inflammatoire de type parotidite. La tumeur dépasse rarement 4 cm de diamètre. Macroscopiquement, la lésion est bien limitée, de couleur violacée (type splénique), kystique, dont le contenu est épais et brunâtre. Histologiquement, la cavité kystique est remplie de végétations épithéliales dont l'apex est infiltré de cellules lymphoïdes. Les cellules affichent une grande activité enzymatique qui se traduit par une *hyperfixation à la scintigraphie au  $^{99m}\text{Tc}$* .

Les autres adénomes sont beaucoup plus rares ; nous ne ferons que les citer :

- l'adénome à cellules oxyphiles (oncocytome) ;

- l'adénome à cellules basocellulaires (version bénigne du cylindrome) ;
- l'adénome à cellules claires (myoépithéliome) ;
- l'adénome à cellules sébacées, etc.

Les kystes sont une entité plus rare que les adénomes. Deux types un peu plus fréquents peuvent être isolés. D'une part, les kystes lymphoépithéliaux (ou kyste branchial, ou kyste amygdaloïde, ou kyste congénital du cou), situés en dehors de la loge amygdalienne et développés aux dépens du premier arc branchial, l'élément révélateur étant souvent un épisode infectieux ; d'autre part, les kystes d'origine glandulaire, qui sont des lésions beaucoup plus rares dont l'origine serait une obstruction canalaire.

### **Les tumeurs à malignité intermédiaire**

Les tumeurs à malignité intermédiaire sont considérées comme des épithéliomas. Mais elles ne présentent un caractère extensif et un potentiel métastatique que dans une minorité de cas, ce qui justifie une classification à part. Néanmoins, en pratique, il faut les considérer avec un préjugé défavorable.

Ce groupe comprend deux types de tumeurs : les tumeurs muco-épidermoïdes et les tumeurs à cellules acineuses.

*Les tumeurs muco-épidermoïdes* sont localisées deux fois sur trois au niveau de la parotide, et dans un tiers des cas au niveau des GSA. Ces tumeurs touchent les deux sexes de façon égale, à tous les âges (de l'enfance au vieillard). Le plus souvent, il s'agit d'une masse ovoïde, bien circonscrite, mais parfois il peut s'agir d'une lésion infiltrante, mal limitée, voire ulcérée.

Histologiquement, trois composantes sont identifiées : des éléments malpighiens, des cellules mucosécrétantes autour de cavités kystiques et des cellules intermédiaires ou transitionnelles. Deux ou trois grades de malignité sont définis en fonction de la limitation macroscopique, de la différenciation cellulaire, de l'abondance des cellules intermédiaires, de l'abondance en kystes. Les meilleurs critères *pronostiques* semblent être la tendance infiltrante et l'extension périnerveuse. Les récurrences locales sont fréquentes (30 % des cas), les métastases ganglionnaires et viscérales sont possibles, mais rares. La survie à 5 ans est supérieure à 80 % ; en fait, la proportion de tumeurs muco-épidermoïdes ayant une évolution maligne est voisine de 5 % (le plus souvent, les tumeurs évoluant depuis de très nombreuses années).

*Les tumeurs à cellules acineuses* sont rares et à croissance lentement progressive. Elles s'observent à tout âge et même chez l'enfant. Elles présentent à peu près les mêmes caractères que l'adénome pléiomorphe, si ce n'est que parfois le tableau clinique se complète de douleurs violentes du type névralgies faciales. Microscopiquement, la tumeur ressemble à du tissu salivaire normal. Si l'exérèse est large le pronostic reste favorable, la survie à 5 ans est supérieure à 80 % ; les métastases ganglionnaires ou viscérales sont rares (5 à 10 % des cas).

## **Les tumeurs malignes**

*Les cylindromes ou carcinomes adénoïdes kystiques* sont certes moins fréquents que l'adénome pléiomorphe ou le cystadéno-lymphome au niveau de la parotide, mais ils constituent le groupe le plus important des tumeurs malignes de la glande sous-maxillaire et près de 50 % des tumeurs des GSA (surtout palatines). Le pic de fréquence se situe aux alentours de 60 ans. C'est une tumeur lentement évolutive, plus infiltrante que destructrice, peu lymphophile, mais donnant volontiers des métastases viscérales (essentiellement pulmonaires), évoluant très lentement et compatibles avec une longue survie. Les caractéristiques histologiques importantes sont la structure cribriforme, l'absence de limitation histologique (pas de capsule) et l'extension périnerveuse qui explique les douleurs qui sont souvent associées même lorsque la lésion est de petite taille.

Trois modalités d'extension sont à retenir :

- l'envahissement du massif osseux facial par colonisation des espaces médullaires sans lyse des travées au moins au début (donc absence d'image radiologique) ;
- la diffusion le long des gaines nerveuses ;
- les embolies néoplasiques surtout sanguines, rarement lymphatiques.

*Les carcinomes* sont beaucoup moins fréquents. Ce sont essentiellement des adénocarcinomes plus ou moins bien différenciés survenant surtout chez l'homme de la soixantaine. Ils sont soit d'évolution spontanée, soit ils surviennent sur un adénome préexistant ; ils sont soit primitifs, soit secondaires. Le tableau clinique est parfois évocateur : douleurs, paralysie faciale, fixation au plan cutané, ulcération, adénopathie.

Ces carcinomes sont de différents types :

- les adénocarcinomes, souvent très agressifs avec des métastases ganglionnaires et viscérales ; la survie à 5 ans n'est que de 30 % ;
- les carcinomes indifférenciés, qui sont radio-sensibles ; la radiothérapie peut en être le traitement exclusif à condition d'avoir pu en faire le diagnostic ;
- les carcinomes malpighiens, dont il est difficile de savoir s'ils sont primitifs ou secondaires (métastase ganglionnaire intraparotidienne) ;
- les carcinomes nés sur adénome pléiomorphe : le plus souvent il s'agit de tumeurs parotidiennes longtemps négligées.

Les glandes salivaires peuvent également être le siège de métastases de tout ordre.

### ***Tumeurs non épithéliales***

Ce sont toutes les tumeurs non salivaires, c'est-à-dire développées à partir du tissu interstitiel de la glande elle-même ou des tissus voisins (tissu adipeux, os, muscles, peau, etc.).

Ce sont entre autres :

- les angiomes rencontrés surtout chez l'enfant et le nourrisson (90 % des cas sont congénitaux) ;
- les lipomes (surtout parotidiens) ;
- les lymphomes et pseudo-lymphomes ;
- les neurinomes ;
- les sarcomes ;
- les mélanomes, etc.

# Pathologie des glandes salivaires

## Démarche clinique

### ***La forme typique : tuméfaction parotidienne***

La situation la plus courante est celle d'un adulte jeune qui consulte pour une tuméfaction unilatérale, de la partie haute du cou ou autour de l'oreille. La symptomatologie fonctionnelle est très pauvre, l'indolence est la règle (les douleurs peuvent évoquer les tumeurs à cellules acineuses ou plus rarement les tumeurs muco-épidermoïdes). Il n'existe en général aucune gêne. C'est souvent l'entourage qui relève cette anomalie *unilatérale*.

### **L'examen clinique**

L'interrogatoire renseigne sur l'âge, les antécédents du patient, la durée et la vitesse d'évolution, la notion de poussées évolutives, la sensibilité. Le tableau clinique est assez univoque. Il faudra noter l'aspect, la consistance, la topographie et la mobilité de la tuméfaction, reconnaître son caractère profond ou superficiel, ses limites, ses éventuels prolongements (refoulement de la loge amygdalienne).

Il faut penser à contrôler :

- la parotide controlatérale (formes bilatérales exceptionnelles, sialoses, etc.) ;
- les territoires cutanés (cicatrices, mélanomes, angiomes, etc.) ;
- le cou : rechercher des adénopathies ;
- le conduit auditif externe : un rétrécissement ou une bride tympanale peuvent orienter chez le sujet jeune vers un kyste branchial du premier arc ;
- *la motilité faciale* par un « testing » musculaire ;

La paralysie faciale associée à une tumeur de parotide signale presque toujours la malignité.

## Les examens paracliniques généraux

Quatre examens paracliniques généraux seulement sont indispensables en l'absence d'orientation clinique évidente. Il s'agit de :

- *la radio pulmonaire* : à la recherche des signes de tuberculose, des adénopathies médiastinales (lymphome), d'un cancer primitif, des métastases d'un cylindrome ;
- *des clichés des parties molles* du cou et de la région parotidienne : en quête de calcifications tuberculeuses, de calcifications des parois d'un kyste ou d'une malformation vasculaire, d'une lithiase ou d'une calcinose salivaire ;
- *la numération formule sanguine* pour éliminer une hémopathie ;
- *l'IDR* à la tuberculine.

## Les examens paracliniques spécifiques

Les examens paracliniques spécifiques sont à discuter au coup par coup car, s'ils peuvent apporter des éléments d'orientation diagnostique, ils n'ont aucune valeur de certitude. Ils ne dispensent jamais de l'exploration chirurgicale ; c'est pourquoi en pratique ils sont rarement demandés.

Néanmoins, quatre sont à retenir :

- *l'échographie* : elle peut indiquer la nature kystique de la lésion. Elle a l'intérêt d'être non invasive.
- *la tomодensitométrie* : elle est intéressante dans le bilan des grosses tumeurs à prolongement interne ou lorsque l'on suspecte une extension basicrânienne. Elle intervient dans la planification chirurgicale et n'a que peu d'intérêt dans le diagnostic de nature de la tumeur.
- *la scintigraphie au  $^{99m}\text{Tc}$*  : elle permet de confirmer la nature sécrétante et donc le diagnostic de cystadénolymphome.
- *la sialographie* (clichés avec et sans opacification de face, de profil et de Hertz) : elle permet d'étudier le parenchyme et le système canalaire. Elle montrera le plus souvent une image lacunaire avec un refoulement harmonieux des canaux qui ont un aspect normal (encorbellement). Les images d'amputation canalaire, d'extravasation, d'hétérogénéité d'opacification sont évocatrices de malignité (sans l'affirmer).

## La certitude diagnostique

Trois examens permettent théoriquement d'y parvenir : la cytoponction, la biopsie et la parotidectomie exploratrice.

*La cytoponction* est très aléatoire, elle manque de spécificité, de sensibilité. Son résultat dépend beaucoup de l'expérience de l'opérateur et du cytologiste. Elle a cependant une valeur d'orientation.

*La biopsie à l'aveugle doit être proscrite*, car elle est dangereuse pour le nerf facial et expose au risque de dissémination tumorale et à la fistule salivaire.

*La parotidectomie exploratrice* avec examen histologique extemporané est le seul examen déterminant pour le diagnostic étiologique d'une tuméfaction parotidienne. Elle permet un diagnostic de nature dans 100 % des cas et réalise dans le même temps le geste thérapeutique.

Il faut en connaître les inconvénients pour en informer le patient :

*Le risque de traumatisme du nerf facial* : parésie postopératoire qui régresse le plus souvent en quelques semaines. Parfois, l'envahissement tumoral (lésion maligne) impose le sacrifice du nerf qui sera réparé dans le même temps si possible.

*La cicatrice prétragienne* : elle reste très discrète, masquée dans les plis naturels.

*La dépression résiduelle rétromandibulaire* : elle peut être comblée par une plastie musculaire ou aponévrotique.

*La fistule salivaire* : le risque théorique n'existe qu'en cas de parotidectomie incomplète. Elle est le plus souvent spontanément résolutive.

*Le syndrome de Lucie Frey (éphidrose auriculo-temporale)* : il s'agit d'une hypersécrétion sudoripare paroxystique à la mastication. Elle apparaît entre le quatrième et le huitième mois après la parotidectomie. Elle est due à une régénération nerveuse aberrante : une part des fibres salivaires va régénérer les portions distales des rameaux nerveux des glandes sudoripares. Cette réhabilitation se fait le plus souvent dans le territoire du nerf auriculo-temporal, plus rarement dans celui du nerf auriculaire postérieur. La traduction clinique est une sécrétion sudoripare de toute la région prétragienne survenant surtout au début du repas ; cette sécrétion peut être très abondante et invalidante. Ce syndrome est relativement fréquent (de 10 à 50 % des cas selon les auteurs) et

semble s'atténuer avec le temps.

## ***Tumeurs de la glande sous-maxillaire***

Les tumeurs de la glande submandibulaire sont beaucoup moins fréquentes que celles de la parotide et plus rares que les lithiases ou les adénopathies submandibulaires :

- elles touchent surtout l'adulte d'un certain âge, de sexe féminin ;
- elles ont une mauvaise réputation pronostique en raison de la fréquence des cylindromes et autres carcinomes.

## **La séméiologie**

La découverte est le plus souvent fortuite. *L'interrogatoire recherche :*

- des antécédents de lithiase salivaire (diagnostic différentiel avec une sous-maxillite chronique) ;
- la durée et la rapidité d'évolution ;
- la sensibilité, les douleurs, notamment au niveau de la langue et du nerf dentaire (V3), une maladresse linguale, qui doivent faire craindre un processus malin ;
- des problèmes ou des soins dentaires récents (diagnostic différentiel).

*L'examen clinique met en évidence :*

- le plus souvent, une masse indolente, ferme, en dedans de la moitié postérieure de la branche horizontale de la mandibule ;
- le signe du sillon : cette masse est séparée de la mandibule par un sillon plus ou moins marqué ;
- l'orifice du canal de Wharton est le plus souvent normal, la salive est claire. Une salive hémorragique doit faire craindre la malignité ;
- la muqueuse est le plus souvent normale ;
- le palper bidigital (endo- et exobuccal) permet de bien localiser la masse dans la loge sous-maxillaire et d'en définir les contours et les limites.

*Les autres indicateurs de malignité sont :*

- l'induration et plus rarement l'hémorragie de contact ;
- l'ulcération muqueuse ou cutanée ;
- la mobilité dentaire en dehors de tout contexte de parodontopathie ou d'altération dentaire primitive (envahissement osseux) ;

- la limitation de la protraction linguale (envahissement musculaire) ;
- la paralysie du rameau mentonnier du nerf facial.

*L'imagerie associe :*

- des clichés standard de la face (profil strict de la mandibule, film occlusal mordu), une TDM qui permet de préciser les limites tumorales ;
- un orthopantomogramme à la recherche d'une lyse osseuse en regard de la tumeur, d'un élargissement moniliforme du canal dentaire (envahissement périnerveux) ou d'un problème dentaire.

## ***Tumeurs des glandes salivaires accessoires***

### **La séméiologie**

Les tumeurs des glandes salivaires accessoires s'observent à tout âge, plus volontiers chez la femme de la cinquantaine. La majorité sont des lésions malignes avec une prédominance de cylindromes et d'adénocarcinomes. Elles se présentent sous la forme de deux tableaux cliniques différents :

- soit une tumeur solitaire au niveau d'une zone comportant des glandes salivaires accessoires (palais, joue, langue, lèvres, etc.), qui est souvent une masse dure bien limitée, mobile, indolente, d'évolution lente ; seule l'histologie apporte un diagnostic de certitude ;
- soit une tumeur d'apparence manifestement maligne, douloureuse, fixée, infiltrée, mal limitée, ulcérée, hémorragique ; elle peut être associée à des adénopathies locorégionales, une lyse osseuse radiologique, une hypoesthésie sur un territoire du nerf trijumeau, etc.

### **Les formes topographiques**

*Les formes palatines* sont les plus fréquentes ; elles sont le plus souvent latérales en regard des prémolaires. Le bilan s'attachera à mettre en évidence :

- un problème dentaire ou sinusien (diagnostic différentiel) ;
- une extension nasale (rhinoscopie) ;
- une extension osseuse ou sinusienne (Waters, voir tomodensitométrie).

On distingue plusieurs autres formes topographiques.

*Les formes vélaires* se présentent comme un bombement de l'amygdale palatine, déviant la luette et créant une saillie du pilier antérieur du voile. Elles ont l'aspect d'un phlegmon de l'amygdale sans le tableau infectieux, ni le

trismus. Il faudra penser à éliminer une tumeur parotidienne à prolongement pharyngé.

*Les formes labiales* sont surtout localisées à la lèvre supérieure (contrairement au carcinomes spino-cellulaires). Ce sont des nodules fermes, bien limités, sans notion de traumatisme, qu'il convient de dissocier des exceptionnelles lithiases.

*Les formes jugales* se localisent essentiellement à la périphérie de l'ostium du canal de Sténon.

*Les formes pelvi-buccales* sont presque impossibles à différencier des lésions submandibulaires ou sublinguales.

### **À retenir**

#### Lithiases salivaires

- Éventuellement submandibulaires.
- Le diagnostic repose sur :
  - a) deux signes mécaniques : hernie et colique ;
  - b) secondairement, des signes infectieux locaux puis locorégionaux.

#### ■ Tumeurs

- La plus fréquente : adénome pléiomorphe parotidien, tumeur bénigne.
- Toute parésie ou paralysie faciale, ainsi que toute tumeur devenant douloureuse doivent faire évoquer une *tumeur maligne*.