

Collège National  
des Enseignants  
en Chirurgie **Orale**  
et Médecine **Orale**

**cneco**

## LITHIASES SALIVAIRES

## LITHIASES SALIVAIRES

Les lithiases salivaires (affections les plus fréquentes des glandes salivaires) représentent l'ensemble des manifestations cliniques liées à la formation, au développement ou à la migration de calculs au sein du système sécréto-excréteur salivaire. Ces calculs peuvent induire des accidents mécaniques qui initialement passent inaperçus, mais également être à l'origine d'accidents infectieux qui révèlent leur présence. Dans 85 % des cas, le calcul, souvent unique, siège au sein du système canalaire. Composé de 25 % de matière organique et de 75 % de sels de calcium, sa taille peut varier de quelques mm à 2 cm. Bien que le mécanisme permettant la formation de ces calculs reste incertain, certains facteurs semblent favoriser leur apparition : infection bactérienne ascendante (à partir de germes buccaux), coudures anatomiques des canaux excréteurs (coudure du canal sub-mandibulaire sur le bord postérieur du muscle mylo-hyoïdien et coudure du conduit parotidien sur le bord antérieur du buccinateur).

D'un point de vue épidémiologique, les lithiases salivaires peuvent être observées à tout âge et atteignent préférentiellement les hommes (2 fois plus que les femmes) entre 30 et 40 ans. Ces affections intéressent principalement les glandes sub-mandibulaires (80 à 90 % des cas), rarement les glandes parotides, exceptionnellement les glandes sub-linguales et accessoires.

Les traitements médicaux permettent de résoudre temporairement ces crises. Le traitement chirurgical, réalisé en dehors des crises, permet la levée de l'obstacle et réduit considérablement les risques de récurrences.

### Plan

1. Lithiases sub-mandibulaires
  - a. Diagnostic
    - i. Clinique
    - ii. Diagnostic positif
    - iii. Diagnostic différentiel
  - b. Traitement
    - i. Médical
    - ii. Chirurgical
2. Lithiases parotidiennes
  - a. Diagnostic
    - i. Clinique
    - ii. Diagnostic positif
    - iii. Diagnostic différentiel
  - b. Traitement
    - i. Médical
    - ii. Chirurgical
3. Lithiases sublinguales
4. Lithiases des glandes salivaires accessoires

## 1. Lithiases sub-mandibulaires

### a. Diagnostic

#### i. Diagnostic clinique

- Circonstances de découverte

Les lithiases salivaires peuvent, dans certains cas, être découvertes fortuitement à la palpation du plancher buccal ou lors d'un examen radiographique. Les accidents mécaniques ou plus rarement infectieux constituent généralement le motif de la consultation.

- Accidents mécaniques

Manifestations initiales des lithiases salivaires, les accidents mécaniques correspondent à un blocage momentané, partiel ou total de l'écoulement salivaire. Ces accidents sont rythmés par les repas.

On distingue:

- La hernie salivaire : Il s'agit d'un blocage momentané et partiel de l'écoulement salivaire. Cette rétention, révélatrice de l'obstacle, entraîne une tuméfaction glandulaire indolore et transitoire. Cette tuméfaction disparaît rapidement avec libération de salive.
- La colique salivaire : Il s'agit d'un blocage momentané et total du flux salivaire qui provoque un gonflement brutal de la glande et de la région sub-mandibulaire, associé à des spasmes canaux. Les douleurs sont brusques et intenses, irradient parfois vers l'oreille. Elles cèdent après une brève sialorrhée. La tuméfaction disparaît progressivement.

Les accidents mécaniques peuvent passer inaperçus ou être révélés à l'examen clinique par:

- un ostium rouge et turgescent ;
- un calcul à la palpation bidigitale.

L'absence de traitement ou d'expulsion spontanée du calcul se complique par l'apparition des accidents infectieux.

- Accidents infectieux

- La whartonite ou sialodochite du canal sub-mandibulaire (anciennement dénommé canal de Wharton)

Elle est caractérisée par:

- un début brutal ;
- un oedème au niveau du plancher buccal ;
- un ostium rouge et turgescent par lequel s'évacue un liquide purulent à la pression glandulaire ;

- des douleurs localisées au niveau du plancher qui peuvent irradier vers l'oreille ;
- une fièvre modérée et une légère dysphagie ;

- La périwhartonite ou abcès pericanalaire du plancher

La périwhartonite peut compliquer une whartonite. Elle est caractérisée par une exacerbation des signes cliniques précédents. Les douleurs et la dysphagie s'accroissent, la fièvre augmente, un trismus apparaît.

L'œdème du plancher buccal refoule la langue vers le haut et du côté opposé à l'infection. Mais c'est la présence d'un sillon libre entre la crête salivaire et la face interne de la mandibule qui confirme le diagnostic d'abcès péri-canalalaire du plancher. Le pronostic est favorable si la collection purulente s'évacue spontanément. En revanche, en l'absence de drainage, l'abcès peut évoluer en phlegmon du plancher.

- La sub-mandibulite

Il s'agit d'une infection glandulaire sévère dans sa forme aiguë. Elle peut apparaître initialement ou secondairement à la suite d'une whartonite ou d'une périwhartonite.

Dans sa forme aiguë, la sub-mandibulite est caractérisée par :

- une tuméfaction sus-hyoïdienne latérale très douloureuse ;
- un trismus important ;
- une dysphagie et une fièvre élevée.

La palpation appuyée de la glande sous-mandibulaire fait sourdre une salive épaisse, opaque et purulente.

Dans sa forme chronique, la symptomatologie est dominée par l'existence d'une tuméfaction sub-mandibulaire ferme avec des signes infectieux beaucoup moins marqués.

## ii. Diagnostic positif

- Interrogatoire

Il a pour but de rechercher des facteurs favorisants :

- généraux : diabète, immuno-dépression;
- régionaux : radiothérapie ou chirurgie cervico-faciale.

L'élément révélateur reste la notion de gonflement douloureux rythmé par les repas.

Mais c'est aussi une sédation rapide de la douleur associée à une hypersalivation temporaire qui oriente initialement le diagnostic.

- Examen exobuccal

La palpation des aires ganglionnaires péri-cervicales met en évidence des adénopathies sous angulo-mandibulaires qui révèlent ou confirment une infection régionale aigüe ou chronique.

- Examen endobuccal

Il comprend deux étapes :

- L'inspection, qui précise l'aspect du plancher buccal et la couleur de l'ostium ;
- La palpation bidigitale (avec un doigt au niveau endobuccal et l'autre au niveau sus-hyoïdien latéral) qui permet d'évaluer l'étendue de la tuméfaction et la recherche d'un calcul le long du canal sub-mandibulaire.

- Examen complémentaire

Les calculs sont dans 80 % des cas radio-opaques. Les clichés sans préparation permettent, dans la majorité des cas, leur mise en évidence précoce, leur nombre, leur forme (opacité ronde ou ovale) et leur localisation.

Différents examens radiographiques peuvent être réalisés:

- L'orthopantomogramme

Il doit être réalisé systématiquement afin d'éliminer d'emblée une origine dentaire ou parodontale de la tuméfaction, les petits calculs peuvent se projeter sur la branche horizontale de la mandibule et passer ainsi inaperçus.

- Le cliché occlusal antérieur

Il permet d'explorer les 2/3 antérieurs du canal sub-mandibulaire. La langue devra être en contact avec le palais pendant la prise du cliché afin d'éviter une confusion dans la lecture de celui-ci entre les calculs antérieurs et les apophyses géni.

- Le cliché occlusal postérieur

Il permet d'explorer la moitié postérieure du canal sub-mandibulaire. Cette incidence (rayon oblique en haut, en avant et en dedans) permet, malgré la déformation, la mise en évidence des calculs postérieurs.

- La téléradiographie de profil

Elle permet la mise en évidence de calculs intraglandulaires

- La sialographie

L'injection de Lipiodol sous anesthésie locale permet de visualiser le système canalaire et mettre ainsi en évidence :

- les signes indirects des lithiases (dilatation canalaire en amont, altération voire destruction du système excréteur) ;

- les calculs radiotransparents ;

Cet examen n'est jamais systématique et doit être réalisé en seconde intention (quand les clichés sans préparation ne montrent pas de calculs et en dehors d'un contexte infectieux.

- La scintigraphie

Cet examen renseigne sur l'état fonctionnel du parenchyme glandulaire Elle note la réduction de la capacité sécrétoire de la glande atteinte par rapport à la glande controlatérale saine.

iii. Diagnostic différentiel

<b>Diagnostic clinique</b>	<b>Diagnostic différentiel</b>
Whartonite et périwhartonite	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grenouillette (dilatation d'une glande salivaire accessoire par obstruction)</li> <li>• Kyste dermoïde du plancher</li> <li>• Cellulite sus-mylohyoïdienne</li> </ul> Si suspicion de cellulite, rechercher : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une cause dentaire</li> <li>• Un canal de Wharton sain et sans pus</li> <li>• Un comblement du sillon entre la gencive attachée et le plancher buccal</li> </ul>
Sub-mandibulite aigue	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cellulite sous mylo-hyoïdienne fluctuante</li> <li>• Adénite ou adénophlegmon</li> </ul>
Sub-mandibulite chronique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumeur des glandes sub-mandibulaires</li> <li>• Adénopathies</li> <li>• Noyau résiduel de cellulites chroniques</li> </ul>
Devant une image radio opaque	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ganglion calcifié</li> <li>• Angiome calcifié</li> <li>• Calcinose salivaire</li> <li>• Corps étranger</li> </ul>

## b. Traitement

### i. Médical

Il permet une résolution rapide des signes cliniques.

- Coliques salivaires
  - traitement antispasmodique ;
  - traitement anti-inflammatoire stéroïdien afin de limiter l'inflammation qui rétrécira encore la lumière canalaire ;
  - traitement antalgique.
- Accidents infectieux

Les modalités de prescription sont celles des recommandations éditées par l'afssaps en 2011 :

Traitement de première intention :

- amoxicilline : 2 g/j en 2 prises ;
- azithromycine : 500 mg/j en 1 prise ;
- clarithromycine : 1 000 mg/j en 2 prises ;
- spiramycine : 9 MUI/j en 3 prises ;
- clindamycine : 1 200 mg/j en 2 prises.

Traitement de seconde intention :

- amoxicilline-acide clavulanique (rapport 8/1) : 2 g/jour en deux prises à 3 g/jour en trois prises (dose exprimée en amoxicilline) ;
- amoxicilline : 2 g/jour en deux prises et métronidazole : 1 500 mg/jour en deux ou trois prises ;
- métronidazole : 1 500 mg/jour en deux ou trois prises et azithromycine : 500 mg/jour en une prise\* ou clarithromycine : 1 000 mg/jour en deux prises ou spiramycine : 9 MUI/jour en trois prises.

### ii. Chirurgical

Toujours réalisé sous couverture antibiotique et en l'absence d'infection aiguë, le traitement chirurgical permet l'exérèse du calcul.

L'indication dépend du nombre et de la localisation des calculs :

- L'incision longitudinale du canal sub-mandibulaire permet l'exérèse des calculs antérieurs ou postérieurs, repérables à la palpation. Cet acte sera réalisé sous anesthésie locale.
- La sub-mandibulectomie est indiquée pour les calculs postérieurs non palpables, les calculs intraglandulaires et, en cas d'antécédent de sub-mandibulite. Cette intervention, réalisée sous anesthésie générale, nécessite un abord cervical.

Le traitement chirurgical des lithiases reste le traitement de choix pour éviter les récurrences. Il présente cependant des risques opératoires non négligeables (paressthésie du nerf lingual et du rameau mentonnier du nerf facial).

L'endoscopie des canaux salivaires associé ou non à la lithotripsie permettrait un moindre délabrement et une réduction des risques opératoires. Ces techniques ne sont néanmoins accessibles qu'à très peu d'équipes en France.

## 2. Lithiases parotidiennes

Moins fréquente que la lithiase sub-mandibulaire, la lithiase parotidienne concerne 12 à 15 % des lithiases salivaires.

### a. Diagnostic

#### i. Diagnostic clinique

- Accidents mécaniques

Les accidents mécaniques sont comparables aux manifestations rencontrées au niveau des glandes sub-mandibulaires.

La tuméfaction est alors retro-mandibulaire et l'ostium du canal parotidien (au niveau de la face interne de la joue) prend un aspect rouge et turgescence.

- Accidents infectieux

Ce sont généralement les accidents infectieux qui révèlent les lithiases parotidiennes.

- La sialodochite du canal parotidien (sténonite)

Elle associe des douleurs et un oedème localisé au niveau jugal.

La palpation bidigitale perçoit le calcul et un oedème périlithiasique.

- La cellulite massétérine

Elle peut compliquer la sténonite et se caractérise par des douleurs vives associées à un trismus et de la fièvre.

La palpation bidigitale de la région met en évidence:

- un oedème jugal ;
- un canal excréteur induré et inflammatoire ;
- la présence de pus au niveau de l'ostium par pression au niveau de la glande.

- La parotidite

C'est la manifestation infectieuse la plus fréquente avec :

- une glande tuméfiée et très douloureuse ;
- une peau érythémateuse ;



- une émission de pus par palpation appuyée de la glande ;
- des adénopathies satellites.

## ii. Diagnostic positif

### • Examen Clinique

Les calculs au niveau des glandes parotides sont souvent uniques, irréguliers, canaux et surtout petits; ils sont ainsi difficilement perceptibles à la palpation.

### • Examen complémentaire

Dans la plupart des cas, la radiographie standard est insuffisante pour diagnostiquer les calculs parotidiens. Ces calculs se superposent aux structures osseuses avoisinantes et sont souvent radiotransparents.

Toutefois, en première intention, la réalisation d'un film endobuccal retro-alvéolaire permet d'explorer le segment antérieur du canal parotidien. Un cliché extrabuccal peut être réalisé, le calcul se projette alors en dehors des images de la branche montante mandibulaire et sous la mastoïde.

La sialographie parotidienne trouve ici tout son intérêt dans les cas où les clichés sans préparation ne montrent pas de calculs. Elle permet de mettre en évidence, à la fois, le calcul en négatif, la dilatation canalaire, l'image d'arrêt et le retard d'évacuation. Un examen tomodensitométrique peut aussi s'avérer utile pour dépister les lithiases parotidiennes.

## iii. Diagnostic différentiel

Un carcinome localisé au niveau de la face interne de la joue avec extension à l'ostium peut être la cause de phénomènes de rétention salivaire. Le diagnostic différentiel se pose surtout lorsque la parotidite est :

- localisée : avec une adénite intraparotidienne, un kyste parotidien, une calcinose salivaire, voire une tumeur bénigne ou maligne de la parotide ;
- diffuse avec toutes les parotidites, notamment bactériennes.

## b. Traitement

### i. Médical

Il est identique à celui de la lithiase submandibulaire.

### ii. Chirurgical

Il sera toujours précédé d'un traitement médical.

Une intervention chirurgicale dépend de la localisation du calcul :

- Pour les calculs situés à proximité de l'ostium du canal parotidien, l'exérèse est réalisée sous anesthésie locale par voie endobuccale ;
- Pour les calculs intraglandulaires, une parotidectomie superficielle (extra-faciale) s'impose ;

- Si le calcul est situé au niveau du lobe profond, une parotidectomie totale est nécessaire.

Les parotidectomies nécessitent la dissection du nerf facial : ces interventions ne sont donc pas dénuées de risques et un consentement éclairé du patient est nécessaire.

Parmi les complications post-opératoires rencontrées, on retrouve :

- une paralysie faciale plus ou moins durable ;
- un syndrome de Lucie Frey (épidrose auriculo-temporale) dans 1/3 des cas ;
- une dépression inesthétique au niveau de la région parotidienne.

### 3. Lithiases sublinguales

Elles sont beaucoup plus rares que les précédentes. Les accidents mécaniques et inflammatoires se rapprochent des manifestations des lithiases du canal parotidien avec des signes cliniques atténués.

C'est la radiographie sans préparation qui permet le diagnostic différentiel (le calcul est en dehors parotidien).

L'exérèse de la glande sublinguale peut être pratiquée dans le cas de récurrences ou dans les cas où le traitement médical est insuffisant.

### 4. Lithiases des glandes salivaires accessoires

Elles sont encore plus exceptionnelles et se manifestent par un nodule inflammatoire, sous-muqueux, qui suppure au niveau de la face interne de la joue. C'est l'incision du nodule qui permet l'exérèse du calcul.

**Rédacteurs : Dr Sophie BAHY-GROSS, Pr Ahmed Feki**

**Lecteur : Pr Laurent Devoize**

**Remarque et suggestions : [blefevre@chu-reims.fr](mailto:blefevre@chu-reims.fr)**