

UNIVERSITE SALAH BOUBENIDER CONSTANTINE 3  
Faculté de Médecine  
Département de médecine dentaire  
Service de pathologie et chirurgie buccales

**Cours de Pathologie à l'usage des étudiants de 4<sup>ème</sup> année**

**Médecine Dentaire**

**Année universitaire 2021 – 2022**

**LA PATHOLOGIE INFLAMMATOIRE DES GLANDES SALIVAIRES**

**Les Sialites**

**Présenté par le Pr. F. BOUADAM**

# La Pathologie inflammatoire des Glandes Salivaires : LES SIALITES

## Plan

### Objectifs pédagogiques

#### 1 - INTRODUCTION

#### 2 - LES SIALADENITES

##### 2 - 1 - Les Parotidites Virales

##### 2 - 1 - 1- Les Sialadénites ourliennes : Les Oreillons

##### \* Etiologie, Epidémiologie

##### \* Clinique

##### \* Anatomie Pathologique

##### \* L'imagerie

##### \* Diagnostic

##### \* Evolution

##### \* Complications

##### \* Traitement

##### 2 - 1 - 2 Autres Parotidites Virales

##### 2 - 2- Parotidites Bactériennes

##### \* Parotidite Bactérienne Aigue

##### Clinique

##### \* Parotidites Bactériennes Chroniques

##### Chez l'adulte

##### Chez l'enfant

##### 2 - 3 LES SOUS MAXILLITES AIGUES SUPPUREES

##### 2 – 4 LES SUBLINGUALITES

##### 2 – 5 Les SIALITES SPECIFIQUES

##### 2 – 6 Les Sialites allergiques et toxiques

## CONCLUSION

## BIBLIOGRAPHIE

### Objectifs pédagogiques

- Reconnaître les pathologies infectieuses et inflammatoires des glandes salivaires.
- Etablir le diagnostic
- Tracer le protocole de prise en charge

#### 1 - INTRODUCTION

Les affections inflammatoires des glandes salivaires (sialites) sont très variées et d'étiologies diverses. Elles peuvent être aiguës ou chroniques.

L'inflammation de la glande salivaire concerne le parenchyme, le système canalaire, le plus souvent les deux compartiments (le parenchyme et les canaux excréteurs).

**Le terme de sialites** regroupe l'ensemble des pathologies inflammatoires des glandes salivaires.

**La sialadénite** est l'atteinte du parenchyme (acino-canaliculaire).

**La sialadochite** est l'inflammation canalaire.

**Les Sialoses** : affections salivaires chroniques.

## **2 - LES SIALADENITES**

### **2 - 1 - Les Parotidites Virales**

**2 - 1 - 1- Les Sialadénites ourliennes : Les Oreillons** est la plus fréquente des affections virales.

#### **\* Etiologie, Epidémiologie**

L'agent causal est un paramyxovirus à ARN, transmis par contact direct (gouttelettes de salive ). Le virus des oreillons se loge préférentiellement dans les parotides, le pancréas, les testicules et le système nerveux. L'homme est le seul réservoir du virus.

Concerne l'enfant de 4-5 ans, ainsi que l'adulte, surtout en période hivernale.

L'atteinte égale des 2 sexes avec des complications 3 fois plus fréquentes chez les garçons (méningite, encéphalite, orchite...).

Les oreillons est une affection endémique, se manifeste par des épidémies .

#### **\* Clinique**

La forme la plus fréquente est celle de l'enfant à localisation parotidienne. L'inflammation réalise une tuméfaction douloureuse de la joue, la parotide déformée soulève le lobule de l'oreille et entraîne une otalgie.

- Début insidieux : une incubation (de 18 à 21 jours) secondaire à un contact direct avec la salive.

- La phase d'invasion, est d'une grande contagiosité et de courte durée (24 à 36 h). Elle se manifeste par une fièvre, l'asthénie, la douleur pharyngée et l'otalgie sont fréquentes. Une douleur parotidienne uni ou bilatérale au moment des repas. Il existe un érythème au niveau de l'ostium du canal (rouge et turgescence) (figure 1). Ces signes cliniques imposent l'isolement du malade.

- Période d'état est celle de la parotidite survient 24 à 48 h plus tard. Elle est marquée par une fièvre accompagnée par une douleur prétragienne spontanée, sourde.

La tuméfaction parotidienne (figure 2) est d'abord unilatérale et se bilatéralise en 2 à 3 jours .

La peau chaude tendue, coloration normale.

On retrouve une rougeur à l'ostium, des adénopathies submandibulaires, la salive est rare, mais reste claire, jamais purulente. L'amylasémie élevée, la sérologie confirme le diagnostic.

#### **\* Anatomie Pathologique**

Les lésions prédominent dans le tissu conjonctif interstitiel et associent œdème, vasodilatation, infiltrat lymphoplasmocytaire. Par endroit, une altération nécrotique des cellules acineuses est notée.

\* **L'imagerie** : Elle est peu utile. L'échographie est l'examen de choix. La glande est augmentée de volume, homogène, avec parfois des petites dilatations canalaire. A la Sialographie une opacification parenchymateuse dense non homogène avec retard à l'évacuation (figure 3) en faveur d'un parenchyme inflammatoire.

#### **\* Diagnostic**

Le Diagnostic est basé sur La culture du virus.

Le Diagnostic différentiel peut se poser chez l'enfant, avec les parotidites chroniques à poussées récidivantes de l'enfant et l'épisode infectieux d'une lithiase parotidienne, les parotidites allergiques ou toxiques.

### \* Evolution Complications

L'évolution se fait vers la guérison dans la majorité des cas. La persistance de foyers de nécrose pouvant favoriser une parotidite bactérienne chronique de l'enfant . Les complications peuvent se présenter par l'orchite, méningite, pancréatite, surdité..

### \* Traitement

Il n'y a pas de traitement spécifique des oreillons. Un traitement symptomatique par des antalgiques et antipyrétiques, Bain de bouche, sialagogues. La guérison clinique se fait en 10 jours par un repos strict, isolement scolaire (15 jours).

Traitement préventif : par la vaccination à partir de l'âge de 12 mois ( triple vaccin R.O.R rougeole- oreillons-rubéole).

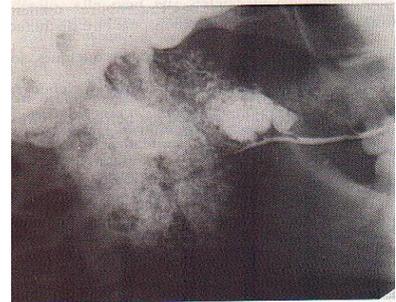


Figure 1: ostium de Sténon turgescent Figure 2 : tuméfaction parotidienne figure 3 Sialographie parotidienne

## 2 - 1- 2 Autres Parotidites Virales

D'autres virus peuvent être en cause, comme le virus de la grippe (Myxovirus influenza), les virus Coxsackies A ( herpangine), les virus écho, peuvent provoquer des parotidites subaiguës qui guérissent spontanément en quelques jours.

Le Cytomégalovirus (virus salivaire) qui se trouve à l'état latent dans les cellules salivaires, n'y détermine aucune manifestation clinique sauf chez les immunodéprimés, (cas du VIH).

## 2 - 2- Parotidites Bactériennes

Les infections bactériennes proviennent souvent d'une cause locale, lithiasique fréquente à la parotide. Les sujets touchés sont les sujets déshydratés, les sujets immunodéprimés (diabète , Sida,) ou sous traitement neuroleptique.

L'infection à germes pyogènes se fait par voie canalaire rétrograde. Il s'agit d'une infection aigue, souvent liée à une baisse du flux salivaire. C'est une pathologie du sujet âgé ou hospitalisé (intubé), s'inscrit dans un tableau clinique brutalement sévère. L'atteinte salivaire, est le plus souvent parotidienne, elle peut être uni ou bilatérale.

### \* Parotidite Bacterienne Aigue

Rare, s'observe chez les patients présentant un état général déficient. Causée par l'hyposialie qui favorise l'infection, résultant de la migration ascendante des germes, par infection de voisinage (arthrite ATM, ostéite ou cellulite mandibulaire) ou par un processus hémotogène,.

### Clinique

**1<sup>er</sup> stade** :Tuméfaction discrète de la parotide , douleur spontanée et trismus;

La palpation parotidienne aggrave la douleur. Des signes généraux sont souvent associés (fièvre, état général altéré...). Une stomatite est souvent associée. L'examen buccal retrouve une rougeur de l'ostium .

Une évolution vers un abcès peut nécessiter un drainage chirurgical. Parfois une lithiase peut en être l'origine.

Traitement basé sur la réhydratation, une antibiothérapie indispensable, dirigée contre le streptocoque éviterait le passage à la suppuration. L'évolution vers un abcès nécessite un drainage chirurgical.

**2<sup>ème</sup> stade** : Parotidite suppurée

Les Otagies exacerbées par la mastication, l'état général altéré, la fièvre à 39 , tuméfaction parotidienne douloureuse à la palpation, pus à l'ostium. Une lithiase peut parfois en être l'origine.

Traitement

Préventif : hygiène buccale, hydratation chez les sujets à risque, stimulation de la sécrétion salivaire.

Curatif : général anti infectieux à base d'Antibiotiques, local vessie de glace.

L'évolution est favorable sous traitement. Le risque de fistulisation en absence de traitement ou de drainage canalaire.

\* **Parotidites Bactériennes Chroniques Chez l'adulte** (figures 4, 5)

Succèdent à une forme aiguë, ou à une étiologie canalaire (mégacanaux, Syndrome de Gougerot). La suppuration est l'élément clinique constant. Le traitement est fonction de l'étiologie.

Les tuméfactions sont répétées, douleurs modérées localisées, ostium fait sourdre une salive suppurée. Le traitement est étiologique.



figure 4: parotidite suppurée (pus à l'ostium)

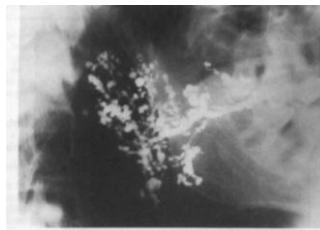


figure 5

Figure 5 :  
Sialographie d'une parotidite bactérienne chronique de l'adulte. Les lésions sont parenchymateuses (foyers de nécrose d'aspect en gouttes) et canalaire ( image de dilatation des canaux)

**Chez l'enfant**

La parotidite chronique à poussées aiguës récidivantes. La première atteinte se produit vers l'âge de 4 à 5 ans. Elle est souvent confondue avec les oreillons à leur début (figures 6).

**Clinique** : Le début est brutal. Les signes inflammatoires sont importants une tuméfaction unilatérale de la parotide, douloureuse, fièvre, l'ostium rouge turgescence avec présence de pus. La pression fait sourdre une salive purulente. Un risque de fistulisation en absence de traitement ou de drainage canalaire.

La parotidite évolue par poussées de quelques jours, puis disparaît ou s'atténue à l'adolescence. Une adénite sous-maxillaire ou jugulo-carotidienne est souvent associée.

L'échographie: montre un parenchyme peu homogène avec de petites images hypoéchogènes multiples (figure7).

La sialographie montre de petites images pathognomoniques cavitaires rondes en «plomb de chasse» ou «arbre en fleur » en plein parenchyme, plus ou moins appendues à des images de

dilatations canaliculaires en métaplasie (figure 8). La sialographie, outre son rôle diagnostique primordial, permet la réalisation de lavages locaux antiseptiques.

**Le diagnostic** : basé sur la bactériologie, elle révèle une flore polymicrobienne.

### **Traitement**

Préventif: lutter contre la stase salivaire

Traitement curatif: une antibiothérapie en fonction des germes en cause. Une incision ou drainage seront réalisés en cas de suppuration. Un lavage de la glande par voie canalaire.



figure 6 : parotidite bactérienne chez l'enfant

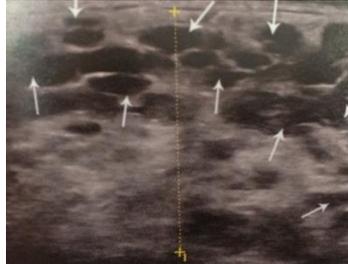


figure 7: échographie d'aspect milliaire



figure 8 sialographie d'une parotidite chez l'enfant aspect en plomb de chasse

## **2 - 3 LES SOUS MAXILLITES AIGUES SUPPUREES**

\* Sous maxillite aigue suppurée non lithiasique de l'adulte:

Exceptionnelle chez l'adulte, intéresse les sujets de 50 ans, souvent les femmes, se manifeste par un gonflement sous-maxillaire. Il simule un phlegmon du plancher et doit être distinguée d'un adénophlegmon sous mandibulaire (figure 8). La salive peu abondante, exceptionnellement purulente.

La sialographie objective une opacification dense non homogène, et une rétention prolongée du lipiodol (figures 9- 10). L'échographie utile pour distinguer une atteinte glandulaire d'une atteinte extraglandulaire (ganglionnaire ou cellulaire).

\* Sous maxillite suppurée du nouveau-né:

La cavité buccale stérile à la naissance est contaminée en quelques heures par des staphylocoques et des streptocoques. Une parotidite ou une sub-mandibulite peut survenir dans de rares cas, le plus souvent quand les anticorps maternels font défaut.

La pathogénie reste incertaine, un déficit immunitaire, une différenciation encore incomplète des acini. Elle évolue par poussées de quelques jours, puis disparaît ou s'atténue à l'adolescence. L'antibiothérapie en association amoxicilline + acide clavulanique ou des macrolides.

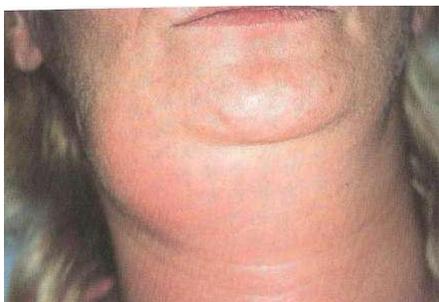


figure 8 Tuméfaction sous maxillaire

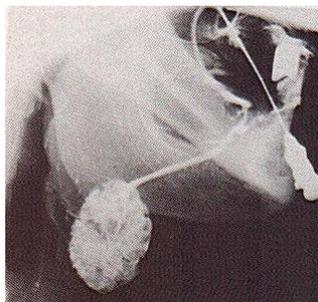


figure 9 : Opacification dense non homogène



figure 10 : rétention prolongée du lipiodol

## **2 – 4 LES SUBLINGUALITES**

Deux aspects cliniques: sublingual et sous-maxillaire

\* La forme sublinguale : Tuméfaction latérale du plancher indolente ou (+ ou -). Elle siège le long de la face interne de la mandibule.

\* La forme sous-maxillaire se manifeste par une hernie ou colique évoquant une lithiase.

## **2 – 5 Les SIALITES SPECIFIQUES.**

\* Les sialites syphilitiques ont pratiquement disparu alors que les sialites tuberculeuses sont encore d'actualité. Elles se manifestent par une tuméfaction inflammatoire bilatérale.

Il peut s'agir d'une syphilis secondaire cutanéomuqueuse .

\* Les Parotidites Tuberculeuses : La sialadénite tuberculeuse touche 2 fois plus la parotide que la submandibulaire . Le mode révélateur le plus fréquent est un nodule froid prétragien, unilatéral (parfois calcifié) (figure 11). Ce nodule, parfois fistulisé à la peau, correspond à un foyer infectieux qui peut être soit glandulaire soit le fait d'une adénopathie.

Plus rarement le tableau clinique se présente sous la forme d'une atteinte diffuse de la glande parotide qui est ferme tendue. Les signes généraux sont inconstants.

Seule la biopsie permet de faire le diagnostic avec certitude en mettant en évidence un follicule tuberculeux et une nécrose caséuse. Souvent Il s'agit d'une tuberculose secondaire, elle touche préférentiellement les ganglions intra parotidiens plutôt que la glande elle-même.

En absence de Traitement d'autres nodules peuvent apparaître et finissent par se ramollir avec fistulisation à la peau.

**Diagnostic différentiel:** se discute avec une adénite chronique banale, un adénome pléomorphe.

La sialographie : objective une Image lacunaire, Image «d'empreinte » dans un parenchyme de type inflammatoire. Le diagnostic basé sur la bactériologie .



Figure 11 nodule prétragien



Figure 12 échographie : Ganglion tuberculeux intraparotidien

## **2 – 6 Les Sialites allergiques et toxiques**

Leur réalité demeure incertaine, elles surviennent sur un terrain allergique. Les AINS sont souvent en cause. Des sialites allergiques (poussières, pollen) dont le diagnostic est difficile à établir ont été évoquées.

On évoque l'allergie devant tout gonflement parotidien bilatéral ou pluri glandulaire d'allure subaigue sans suppuration persistant ou récidivant.

## **CONCLUSION**

Les oreillons sont les plus retrouvés. Plus récemment, le virus de l'hépatite C a été incriminé dans les sialadénites.

En présence d'un processus pathologique des glandes salivaires, l'exploration doit intéresser l'ensemble du collier salivaire cervical. L'échographie est l'examen de première intention, elle aide au diagnostic entre tumeur solide et tumeur liquidienne.

La sialographie n'est jamais systématique ; elle est pratiquée en dehors d'un épisode inflammatoire. Elle peut avoir l'intérêt d'apprécier la valeur fonctionnelle de la glande.

L'hygiène buccale est souvent incriminée dans les sialites bactériennes .

Un syndrome sec buccal est retrouvé.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1 - CCMFCO Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie 4<sup>e</sup> édition Elsevier Masson 2017
- 2 - Dany Georges Pathologies Générales et salive. Thèse Université de Lorraine 2012.
- 3 - Dakhma Anass. **Prise en charge des tuméfactions des glandes salivaires principales.** Thèse : 067/ 17. Faculté de médecine et pharmacie. Fès. Maroc. 2017.
- 4 - Devoise L, Dallel R. EMC (Elsevier Masson SAS) Médecine buccale, 28-150-M-10 Article : 189353.2010
- 5 - Guillermo Carvajal Alegriaa, Elise Doarea, Valérie Devauchelle-Penseca, Sandrine Jousse-Joulin. **Biopsies des glandes salivaires en rhumatologie.** Revue du rhumatisme monographies 87-184–188. Service de rhumatologie, CHRU Cavale Blanche, France. 2020
- 6 - Françoise Heran – Philippe Katz, Imagerie des glandes salivaires – Sauramps Médical 2011
- 7 - H. Spirglas, A. Guedj, M. Auriol, Y. Le Charpentier. Pathologie des Glandes salivaires EMC Stomatologie 22-057-A-10 Elsevier SAS, 2001.
- 8 - Jordan Serrano. **Rôle du Cone Beam dans le diagnostic radiologique des lithiases des glandes salivaires.** Thèse n°42-57-19-24. La Faculté de Chirurgie Dentaire de Nice. France. 2019.
- 9 - Ziad T, Nouri H, Harkani A, Rochdi Y, Aderdour L, Raji A. Parotidite récidivante de l'enfant à propos d'un cas et revue de la littérature. Journal de pédiatrie et de puériculture 2012; 25:275-278