

LITHIASES SALIVAIRES

Auteurs

NGOUONI BG,
NGOENE R,
MBITSI-NGOMA H,
MOSSIMBI N

Service

Service de Stomatologie et
Chirurgie Maxillo-faciale.
CHU de Brazzaville.
République du Congo

Correspondance

Docteur Gérard Boniface
NGOUONI
B.P. 10 080 Moukondo.
Brazzaville.
République du Congo.
Tél 00 242 666 78 60.
E-mail : boncegerard@yahoo.fr

RÉSUMÉ

47 cas de lithiases salivaires ont été colligés pendant 10 ans dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville entre le 1^{er} janvier 1999 et 31 décembre 2008. Il s'est agi d'une étude rétrospective. La fréquence hospitalière était estimée à 2,9%. L'étude concernait 28 hommes (59,5%) et 19 femmes (40,5%) d'âge moyen de 35 ans avec des extrêmes de 20 à 63 ans. Le délai moyen de consultation était de 13 mois. Les patients ont consulté pour douleurs pelvibuccales dans 14 cas (29,7%) et tuméfaction douloureuse du plancher buccal dans 33 cas (70,3%). Sur le plan thérapeutique, la submandibulectomie par voie transcutanée a été réalisée dans 33 cas (70,3%) et la whartonotomie dans 14 cas (29,7%). L'évolution a été favorable dans tous les cas. L'acquisition du matériel d'endoscopie canalaire et de lithotripsie extracorporelle rendront moindre l'abord chirurgical des calculs.

Mots clés : lithiase – glande salivaire – submandibulectomie

SUMMARY

47 cases of salivary lithiasis were collated over ten years in the department of stomatology and Facial Maxillo surgery of the University Teaching in Brazzaville, Congo, as from January 1st 1999 to December 31st 2008.

It was a retrospective survey. The hospital frequency was estimated by 2,0%. The survey concerned 28 males (59,5%) and 19 females (40,5%) average 35 years old (extremes 20 and 63). The average length of examination was 13 months. The patients who came for examinations were complaining about pelvic buccal pain in 14 cases (29,7%) and about the painful swelling of the buccal floor in 33 cases (70,3%). Regarding the therapy provided, the surgery of the lower mandible by transcutaneous way was performed in 33 cases (70,3%) and the endobuccal cutting in 14 cases (29,7%). In all the cases situation evolved positively. The acquisition of equipment needed for duct endoscopy and extra-corporeal lithotripsy will lower the number of the treatments of kidney stones by surgery.

Key words : lithiasis – salivary gland - submandibulectomy

INTRODUCTION

Les lithiases salivaires sont des affections fréquentes de l'adulte. Elles correspondent à la formation, au développement et à la migration des calculs phosphocalciques dans les voies excrétrices des glandes salivaires. En pratique clinique, ce sont des affections bénignes. Les atteintes des glandes submandibulaires sont observées dans 92% des cas, alors que dans 6% elles intéressent les parotides et dans 2% les glandes sublinguales et accessoires¹¹. Plusieurs facteurs favorisants ont été rapportés : mauvaise hygiène bucco-dentaire, foyers infectieux dentaires, stase salivaire, augmentation du pH salivaire (alcalinisation)^{2,4,11}. En l'absence d'une prise en charge précoce de la lithiase, la glande se sclérose et perd progressivement sa fonction à la suite des accidents inflammatoires et infectieux. L'objectif de l'étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et analyser les résultats thérapeutiques.

I- PATIENTS ET MÉTHODES

Entre le 1^{er} janvier 1999 et décembre 2008, soit une période de 10 ans, 47 dossiers de lithiases salivaires ont été répertoriés sur 1618 patients hospitalisés dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. Il s'agissait d'une étude rétrospective. La série était non sélective, incluant tous les dossiers de patients traités pour lithiase salivaire. Le diagnostic a été évoqué devant les manifestations mécaniques (colique salivaire, hernie salivaire, calcul palpable) et infectieuses (périwhartonite et submandibulite), confirmé par les examens morphologiques, notamment les radiographies en incidence occlusale, panoramique et la sialographie.

Le traitement médical a consisté en une association amoxicilline - acide clavulonique ou amoxicilline - métronidazole, un antalgique (paracétamol) par voie parentérale. Les posologies ont été les suivantes : amoxicilline 150-200mg/kg/j en 4 prises en intraveineuse directe, métronidazole 40 mg/kg/j en 3 prises en perfusion lente. Les antispasmodiques (phloroglucinol) et les sialogogues, type anétholthritone, ont été prescrits. L'association macrolide - métronidazole a été indiquée chez les patients traités en ambulatoire. Les bains de bouche à la chlorexidine ont été associés. Le traitement chirurgical comprenait, après un bilan pré-opératoire, soit une whartonomie (taille endobuccale) sous anesthésie locale, soit une submandibulectomie par voie transcutanée sous anesthésie générale. L'évolution a été jugée favorable en l'absence des manifestations mécaniques et infectieuses dans les suites opératoires; l'apparition de celles-ci était considérée comme défavorable. Pour chaque patient, les données anthropométriques épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques ont été analysées. Les affections salivaires reconnues non lithiasiques n'ont pas été incluses dans l'étude

II- RÉSULTATS

Quarante sept (47) dossiers de lithiases salivaires ont été colligés dans le service durant la période d'étude, soit une fréquence hospitalière estimée à 2,9 %. Il s'agissait de 28 hommes (59,5%) et 19 femmes (40,5%) âgés de 20 à 63 ans dont l'âge moyen était de 35 ans.

Le délai moyen de consultation était de 13 mois. Le délai le plus long était de 3 ans et le plus court de 1 mois. Les circonstances de découverte et les signes physiques ont été respectivement résumés dans les tableaux I et II.

Tableau I : Circonstances de découverte

Signes	Nombre	Pourcentage
Douleurs pelvibuccales	14	29,8
Tuméfaction submandibulaire douloureuse	33	70,2
Total	47	100

Tableau II : Signes physiques

Signes	Nombre
Rougeur et suppuration de l'ostium	41
Tuméfaction ferme et douloureuse	33
Calcul palpable	14

Une radiographie en incidence occlusale et panoramique a été réalisée dans tous les cas. La sialographie a été pratiquée dans 11 cas (23,4%). Les calculs salivaires ont été notés sous forme d'une opacité de tonalité calcique dans le canal de Wharton dans 14 cas (29,7%) et

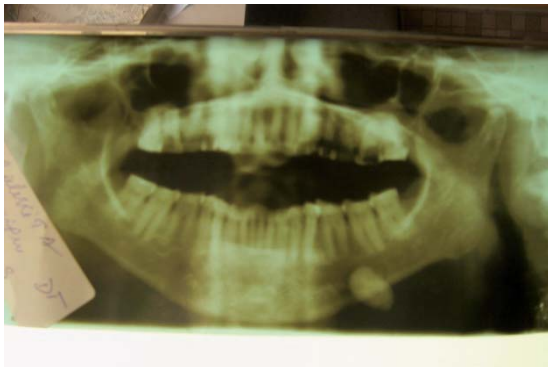


Figure 1a : Incidence panoramique montrant une opacité de tonalité calcique



Figure 2a : Incidence panoramique montrant une opacité de tonalité calcique () dans la glande submandibulaire dans 33 cas (70,3%) (figure 2a).

La lithiase se localisait à gauche dans 32 cas (68,1%) (figure 1a) et à droite dans 15 cas (31,9%) (figure 2a).

Le traitement a été chirurgical dans tous les cas : une whartonotomie dans 14 cas (29,7%) (figure 1b)



Figure 1b : taille endobuccale exposant le Calcul et une submandibulectomie dans 33 cas (70,3%%) (figure 2b).

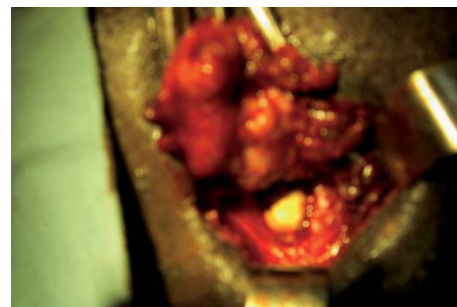


Figure 2b : Calcul dans le bassinnet par abord cutané.

La figure (2c) a montré la pièce opératoire : la glande submandibulaire et le calcul.

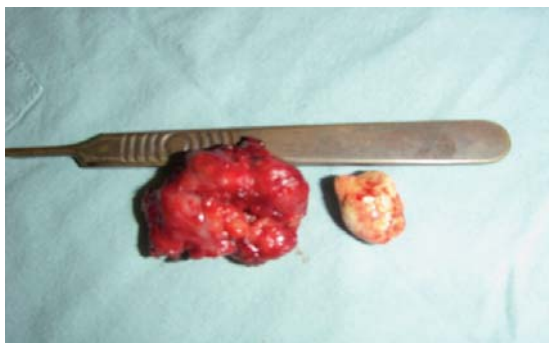


Figure 2c : Pièce opératoire glande submandibulaire et calcul.

Quatorze patients (29,7%) ont été traités en ambulatoire et 33 (70,3%) en hospitalisation. L'évolution a été favorable dans tous les cas avec une durée moyenne d'hospitalisation de 5 jours (extrêmes 3 et 8 jours).

III- DISCUSSION

Le plancher buccal contient plusieurs structures anatomiques noyées dans un tissu cellulo-graisseux lâche d'où peuvent survenir des complications infectieuses des lithiases salivaires. La fréquence réelle des lithiases salivaires au cours de l'étude est probablement sous-estimée par l'existence d'un service d'Oto-rhino-laryngologie prenant aussi en charge les lithiases salivaires. Les lithiases salivaires affectent les deux sexes ; la prédominance masculine et l'âge moyen de survenue sont comparables à ceux rapportés par certains auteurs^{1,11,13}. Toutefois, Karengera et coll⁶ ont noté une atteinte plus élevée chez la femme. Le biais de recrutement des différentes données pourrait expliquer cette divergence.

Sur le plan clinique, les manifestations retrouvées sont superposables à celles décrites par la plupart des auteurs^{9,11}. La découverte fortuite est rare^{6,11}. Les radiographiques standards sans préparation en incidence occlusale et panoramique nous

ont paru suffisante pour localiser le calcul. La sialographie pourrait être indiquée à distance des épisodes infectieux afin de localiser le calcul et d'apprécier la valeur fonctionnelle de la glande salivaire⁹, bien qu'elle ne soit plus d'usage courant⁵. En Afrique, la sialographie est encore nécessaire car moins coûteux. La tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique sont également proposées⁵.

Durant l'étude, la glande submandibulaire gauche était plus touchée que celle du côté droit. L'atteinte des autres glandes salivaires n'a pas été notée. Cette donnée corrobore avec les études de Karenga et coll⁶. Cependant Chikhani et coll³ ont rapporté un cas de lithiase des glandes salivaires accessoires. L'explication pourrait être trouvée dans les propriétés de la salive submandibulaire. Des facteurs mécaniques, inflammatoires locaux, enzymatiques ou physico-chimiques intervenant vraisemblablement ensemble, déclencheraient localement le processus de formation de calcul¹¹. Les sels des phosphates et carbonates de calcium précipitent en milieu alcalin et les bactéries de la cavité buccale augmentent l'alcalinité salivaire. Cette précipitation serait favorisée par la présence de mucine sécrétée principalement par la glande submandibulaire. Par contre la pauvreté de la salive parotidienne en mucine et son pH inférieur à celui de la salive submandibulaire expliqueraient en partie la fréquence moindre des lithiases parotidiennes¹¹.

Sur le plan thérapeutique, le traitement médical a consisté à supprimer notamment les accidents infectieux précédant l'intervention chirurgicale. La chirurgie comprenait une whartonotomie pour les calculs intracanalaires. Pour les localisations glandulaires, la submandibulectomie avec le système canalaire⁵ a été systématiquement réalisée, justifiée par les consultations tardives et l'incertitude de la surveillance post-opératoire de nos patients; contrairement à l'attitude conservatrice prônée par certains auteurs⁸. La submandibulectomie a été également retrouvée dans les travaux

de plusieurs auteurs Belcadhi et coll¹ en Tunisie, Bodner et coll en Israël² et Favre et coll⁴ en France. L'évolution est généralement favorable^{10,12,13}. Actuellement l'abord endoscopique canalaire et la lithotripsie sont bien établis avec des avantages pour le confort, la courte durée d'hospitalisation et la quasi-absence de cicatrice^{7,9,12}.

CONCLUSION

Le diagnostic est évoqué à la clinique devant les manifestations mécaniques et infectieuses et confirmé par les explorations morphologiques sans préparation objectivant des opacités calculeuses. La chirurgie demeure le traitement de choix afin d'éviter les récurrences en cas d'ablation insuffisante de calcul. Toutefois, l'acquisition du matériel d'endoscopie et de lithotripsie rendront moindre l'abord chirurgical des calculs salivaires.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- BELCADHI M., BOUZOUTA K., HANDI R. Les sous-mandibulectomies lithiasiques à propos de 48 cas. *La Tunisie médicale* 2001;79: 11-5.
- 2- BODNER L. Giant salivary calcul : Diagnostic and surgical management. *Oral Surg Oral Pathol, Oral Radiol Endod* 2002; 94:320-3.
- 3- CHIKHANI L., FAVRE-DAUVERGNE E., BERTRAND J. CH., GUILBERT F. Lithiases des glandes salivaires accessoires. A propos d'un cas. *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac* 1994;95:201-3.
- 4- FAVRE E., FLEURIDAS G. Lithiase salivaire : diagnostic et principe du traitement. *La Rev Pract Paris* 1998;48 :1449-1452.
- 5- HARNSBERGER H.R., HUDGINS P.A., WIGGINS R.H., DAVIDSON H.C. La radiologie de poche. Tête et cou. Editions Maloine 2004:335p.
- 6- KARENGERA D., LAMBERT S., REYCHLER H. Lithiases salivaires. A propos de 41 cas. *Rev. Stomatol. Chir.maxillofac*1996;97:264-8.
- 7- KATZ PH. Traitements non chirurgicaux des sialolithiases. *Actual odont-stomatol* 2007; 238:137-152.
- 8- LAUDENBACH P. La lithiase salivaire. *Rev. Prat* 1992; 42:989-95.
- 9- LEZY J.P., PRINC G. Pathologie maxillo-faciale et stomatologie. Masson Paris 2004:237p.
- 10- MAKEIEFF M., GUERRIER G. Pathologies des glandes salivaires. *La Rev Pract Paris* 2002;52:1481-87.
- 11- PIETTE E. Pathologies des glandes salivaires. In : Piette E, Reyhler H. *Traité de pathologies buccale et maxillo-faciale* De Boeck Université, Bruxelles 1991:1083-1160.
- 12- SCHLEGEL N., BRETTE MD., CUSSENOT I., MONTEIL J.P. Extracorporeal lithotripsy in the treatment salivary lithiasis. A prospective study a props of 27 cases. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2001;118: 373-77.
- 13- ZENK J., GOTTWALD F., BOZZATO A., IRO H. Submandibularis sialoliths, stone removal with organ preservation. *HNO* 2005;3:243-9.