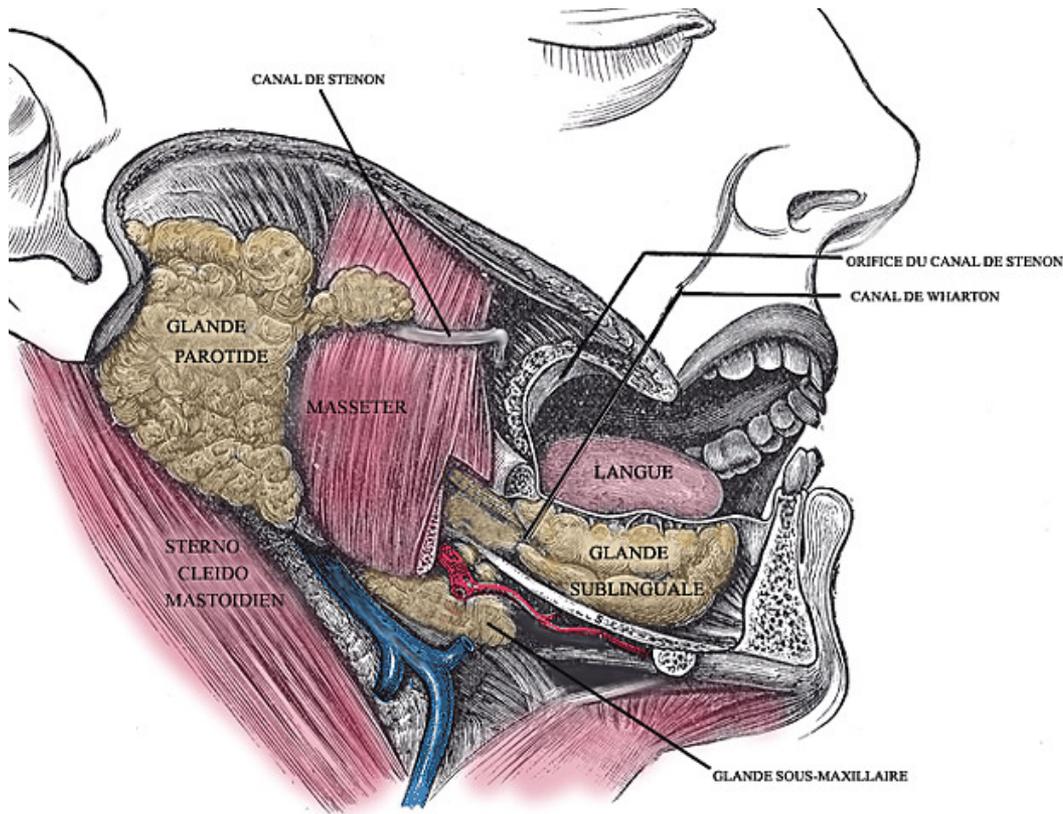


Pathologies salivaires : quand les patients nous en font baver (ou pas)

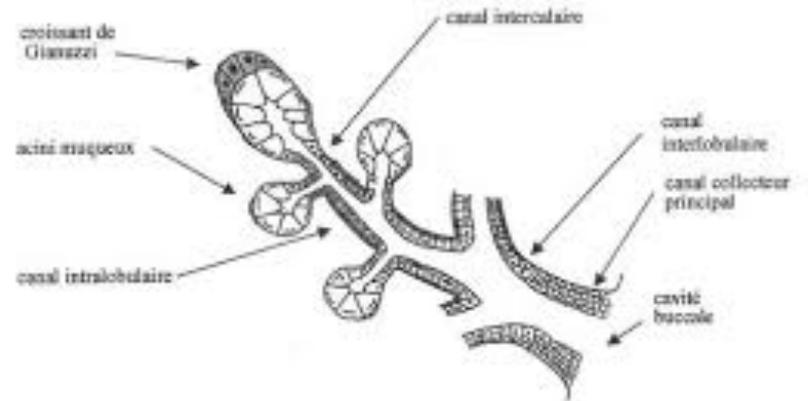
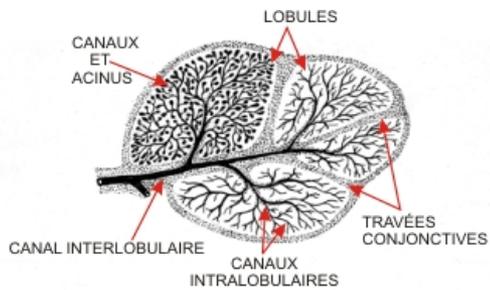
Dr Anne-Gaëlle Chaux
Faculté d'odontologie de Lyon
Hospices Civils de Lyon
CRLCC Léon Bérard

Anatomie

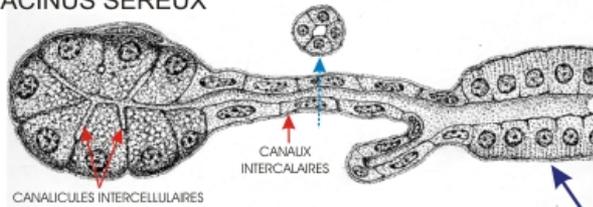


+ Glandes salivaires
accessoires :
principalement lèvres,
palais...

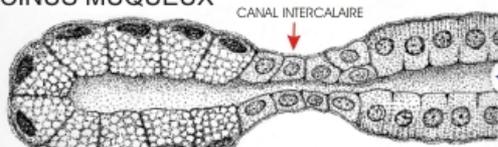
Rapports anatomiques
à risque : VII, n. lingual



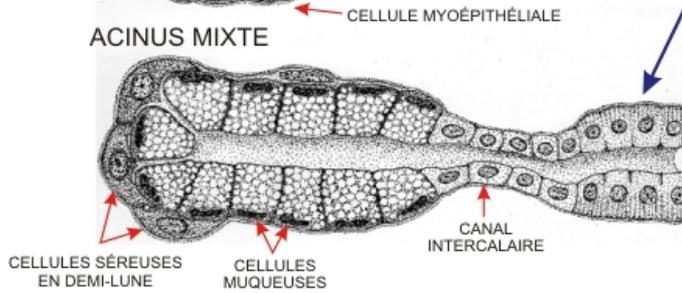
ACINUS SÉREUX



ACINUS MUQUEUX



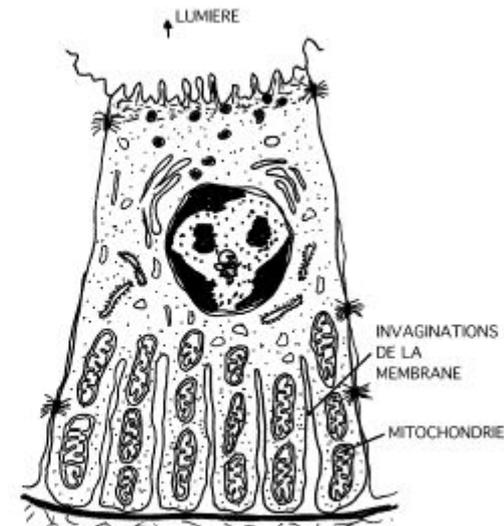
ACINUS MIXTE



**GLANDE SALIVAIRE :
CELLULES CANALAIRES**

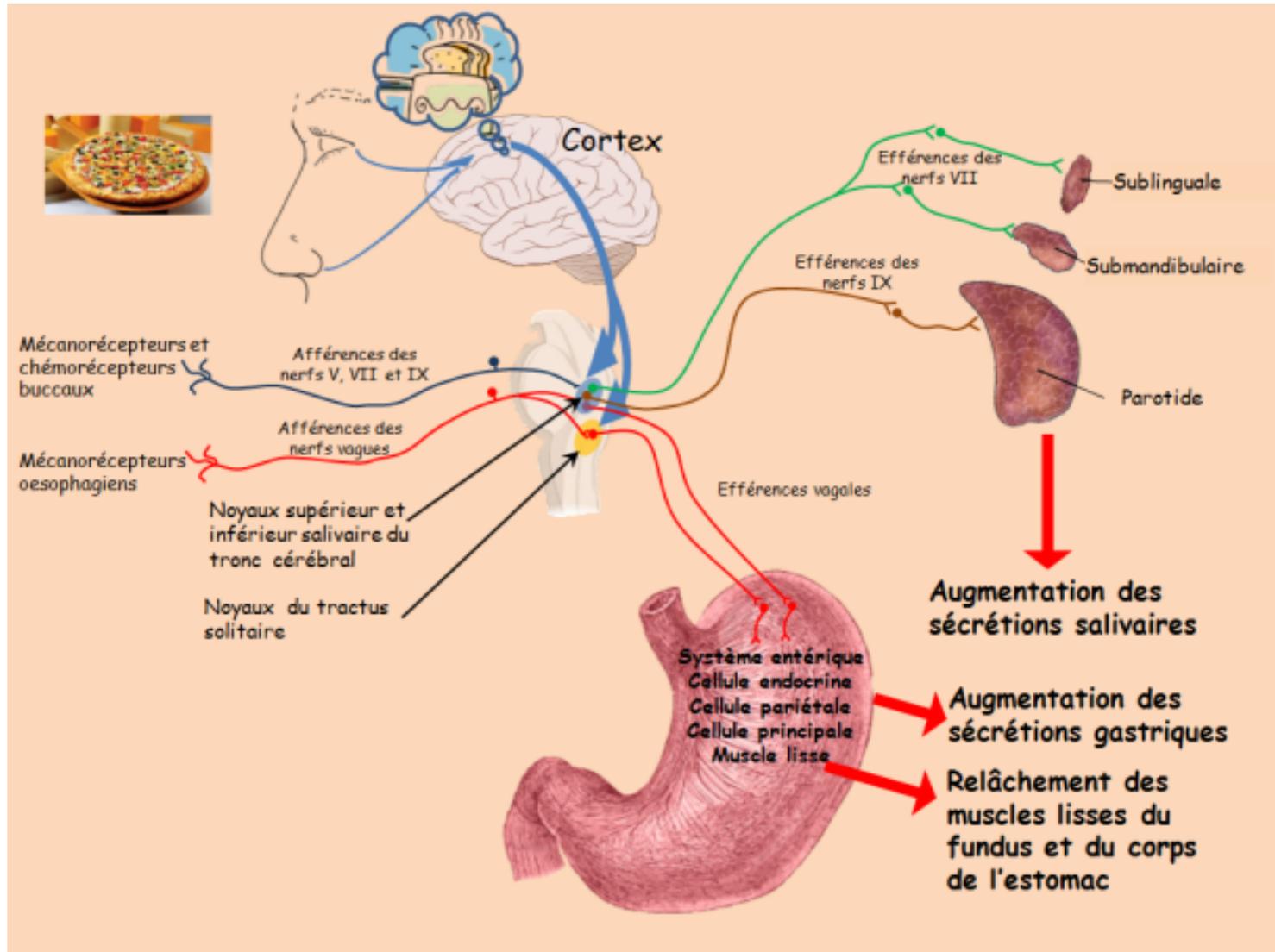


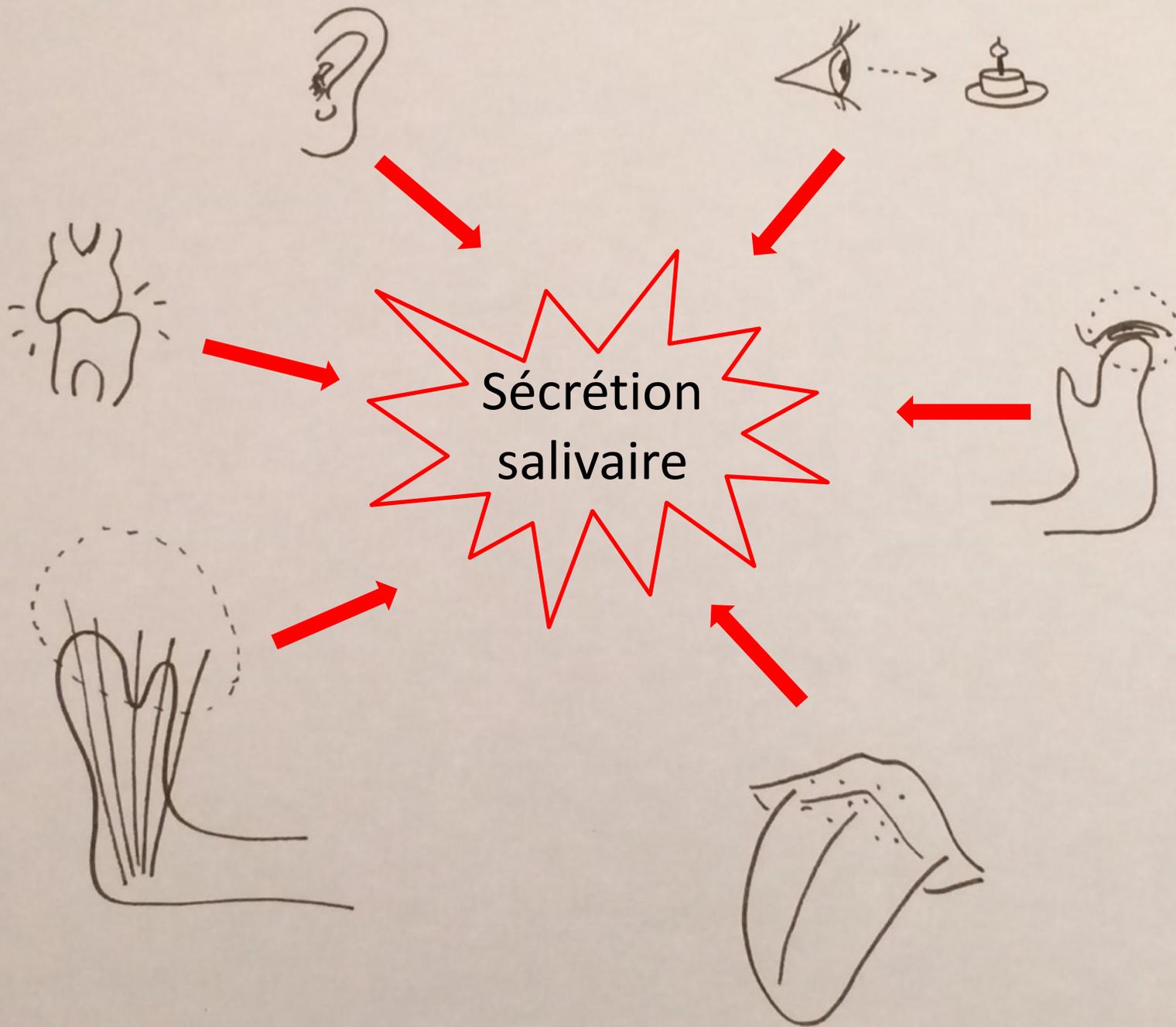
CELLULE DU
CANAL INTERCALAIRE



CELLULE DU
CANAL STRIÉ

Physiologie





- Contrôle hormonal
 - Thyroïdiennes
 - Insuline
 - Post hypophysaire antidiurétique
 - Aldostérone
 - Stéroïdes
 - Cytokines

Composition de la salive

Eau
99%

- Gaz : O₂, N₂
- Minéraux : Ca K Na H, Cl, Phosphates in., Bicarbonates,...
- Protéines : PrP, mucines, lactoferrines, histatines, stathérines, IgS
- Enzymes : alpha-amylase, lipases, lysozyme, lactoperoxydase, kallicréine,...
- Facteurs de croissance
- Marqueurs diagnostiques
- Hormones

Rôles de la salive

- Protection des muqueuses et des tissus dentaires
- Pouvoir tampon
- Propriétés antimicrobiennes
- Rôle dans l'alimentation : gustation, déglutition, digestion
- Rôle dans l'homéostasie hydrique

Pathologies salivaires virales

- Sialite ourlienne (oreillons)
 - Prévention : vaccination
 - Incubation 3 semaines
 - Fièvre, malaise, otalgies
 - Tuméfaction parotidienne le + souvent bilatérale
 - Traitement symptomatique
 - Évolution vers guérison
 - Immunisation à vie



Pathologies salivaires virales

- Sialite liée au VIH
- Virus coxsackie
- Grippe
- ...

Pathologies salivaires bactériennes

- Secondaires à une lithiase le plus souvent
- Tuméfaction, pus à l'ostium, fièvre
- Rechercher la lithiase éventuelle
- Antibiothérapie (probabiliste en 1^{ère} intention)
- Penser à la tuberculose



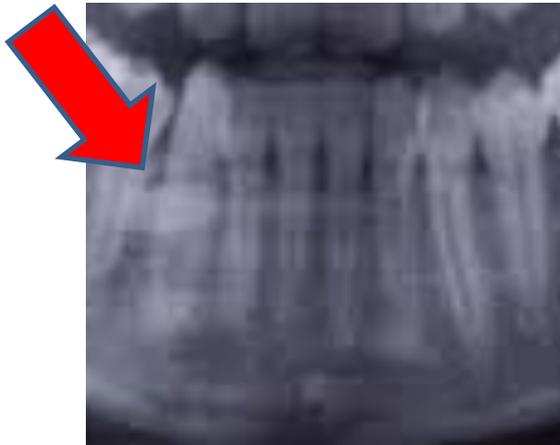
Lithiase : pathologie obstructive

- Définition : « calcul » - sels de calcium qui migrent avec le flux et s'agrègent
- Clinique :
 - Hernie salivaire : tuméfaction le plus souvent submandibulaire
 - Origine mécanique : le flux ne peut plus s'écouler
 - Douleur, tension
 - Majoré au moment des repas
 - +/- colique salivaire



Lithiase : pathologie obstructive

- Parfois découverte radio fortuite

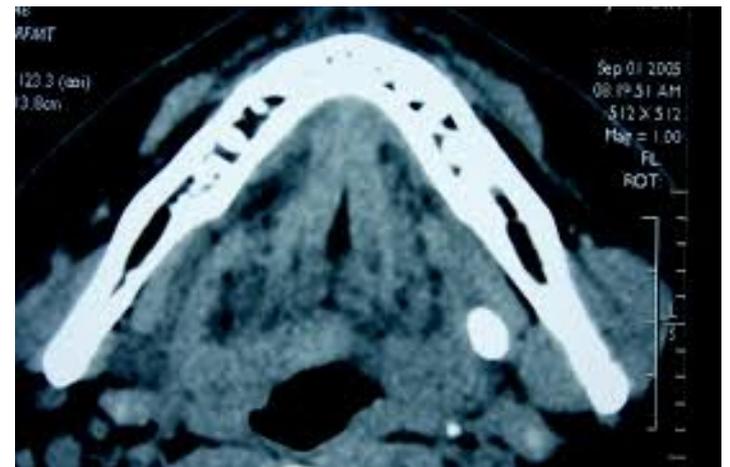


Lithiase : pathologie obstructive

- Complications infectieuses fréquentes :
 - Souvent suite à accidents purement mécaniques mais parfois inauguraux
 - Fièvre, chaleur, rougeur, dysphagie, otalgie
 - Différents niveaux d'atteinte :
 - Canal : sialodochite (ou whartonite): douleur, otalgie
 - Étendu au plancher : périsialodochite (ou périwhartonite)
 - Glande : sialadénite (sousmandibulite)

Lithiase : pathologie obstructive

- Examen clinique :
 - Palpation douce, bidigitale, bilatérale, exo + endobuccale
 - Recherche de l'inflammation au niveau de l'ostium, de pus
- Sans traitement : fistulisation, cellulite (risque asphyxique, choc septique)
- Diagnostic paraclinique :
 - Radiologique :OPT, occlusal
 - Échographie : si >2cm
 - Scanner (non injecté)
 - Sialendoscopie
 - IRM (chez l'enfant)



Lithiase : prise en charge

- Ablation par voie endobuccale
 - Dans le dernier cm du canal en général
 - Si submandibulaire : en avant de la face mésiale de la 6
 - Anesthésie locale
 - Attention à ce que le calcul ne recule pas dans le canal (lasso)
 - Dissection
 - Sutures si nécessaire



Lithiase : prise en charge

- Antibiothérapie si infection associée
- Ablation par voie endobuccale
 - Essayer de faire « avancer » le calcul dans le canal en stimulant la sécrétion salivaire (teinture mère de jaborandi, pilocarpine), fragmentation du calcul



Lithiase : prise en charge

- Sialendoscopie
- Lithotripsie
- Ablation de la glande

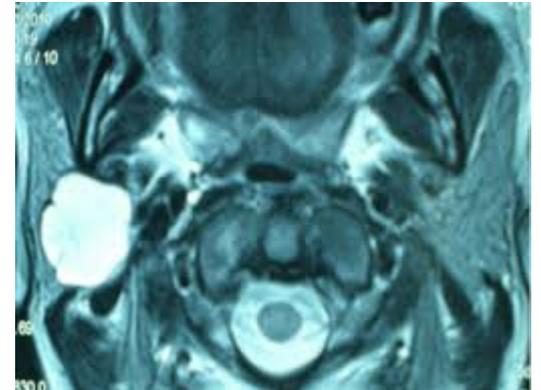


Tumeurs salivaires

- Difficulté de distinguer bénin/malin
- Toute tuméfaction unilatérale, localisée, doit par défaut être considérée comme potentiellement maligne
- Diagnostic de certitude :
 - anapath (parotidectomie superficielle avec extempo, ponction)
 - Imagerie (limites, densité, extension)
- Cliniquement, importance de :
 - Évolutivité
 - Signes associés (douleur PF trismus ADP)

Tumeurs salivaires bénignes

- L'adénome pléomorphe de la parotide
 - Tuméfaction d'évolution lente (plusieurs années)
 - Pré- ou infra auriculaire
 - Unilatérale
 - 40-50 ans
 - Peau non fixée
 - Pas d'ADP ni PF
 - À l'IRM : hypersignal en T2
 - Dégénérescence maligne possible
 - Traitement : parotidectomie conservatrice du VII



Aspects épidémiologiques, cliniques, histologiques et thérapeutiques des tumeurs parotidiennes : à propos de 55 cas Mohamed Mliha Touati^{et coll} (DOI //dx.doi.org/10.13070/rs.fr.1.1258)

Tumeurs salivaires bénignes

- La grenouillette ou ranula (faux kyste mucoïde)
 - Tuméfaction bleutée au niveau du plancher
 - Contenu liquidien
 - Indolore
 - Traitement chirurgical (de la ranula et de la glande causale)



Tumeurs salivaires bénignes

- Kyste mucoïde des GSA
 - Tuméfaction au niveau du versant muqueux de la lèvre le plus souvent
 - Contenu liquidien
 - Indolore, mais morsure fréquente
 - Traitement chirurgical si récidives (fréquentes)



Tumeurs salivaires malignes

- Le CAK ou cylindrome
 - 40-50 ans
 - Tuméfaction dure et douloureuse
 - PF et ADP cervicales
 - Croissance rapide
 - Récidives et métastases fréquentes
 - Traitement : parotidectomie +/- sacrifice du VII, curage ganglionnaire, +/- radiothérapie

Tumeurs salivaires malignes

- L'adénocarcinome
 - Souvent GSA palatines
 - Diagnostic souvent tardif, avec envahissement structures sus-jacentes
 - Tuméfaction, ulcération
 - ADP
 - Pronostic péjoratif
 - Traitement chirurgical large + radiothérapie



Tumeurs salivaires malignes

Diagnostic différentiel avec une entité bénigne : la sialométaplasie nécrosante

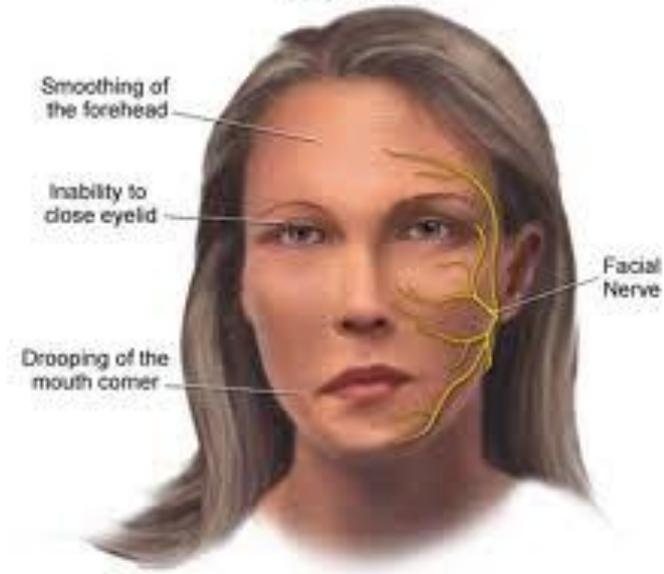
- ulcération inflammatoire non tumorale
- tuméfaction => ulcération en qq jours
- Guérison en 7 à 11 semaines
- Origine vasculaire(?)



Aubies-Trouilh S. JOMOS 2012;18:347-359

Complications de la parotidectomie

- Paralysie faciale
- Syndrome de Frey
- Cicatrice prétragienne
- Fistule salivaire



Dysfonctions salivaires : hypersialorrhée

- Vraie
 - Aigue : grossesse, médicaments (lithium, clonazepam), pathologie orale, rage, ...
- Relative :
 - Salive épaisse
 - Stase salivaire par trouble de la déglutition (patho neuro, âge, Parkinson,...)

Dysfonctions salivaires : hyposialie

- La xérostomie est
 - Le symptôme décrit par le patient
 - La sensation de bouche sèche
 - Associée ou non à une hyposialie vraie
- L'hyposialie est une diminution de la sécrétion salivaire, avec des manifestations cliniques objectives

Variations physiologiques

- Hydratation
 - Nyctémère
 - Stimuli reçus (gustatif, mastication)
 - Âge (salive repos)
 - Stress
 - Sexe (femmes)
 - Grossesse
- « Fausses » hyposialies :
- polydypsie du diabétique,
 - respiration buccale,
 - sprays buccaux médicamenteux...

Étiologies

- Multiples
 - Déshydratation
 - Toxique : tabac, alcool, drogues
 - Physiologiques :
 - Grossesse, ménopause
 - Sénescence
 - Absence de mastication
 - Syndrome dépressif du sujet âgé

Étiologies

- Multiples
 - Syndromes (Sjögren, Godwin, sarcoïdose,...)
 - Maladies métaboliques
 - Diabète
 - Goutte
 - urémie
 - Pathologies obstructives
 - Atteintes virales : VIH stade précoce, 10% Hep C, EBV
 - Nutritionnelles
 - Hypovitaminoses A, B12, C
 - Carence protéique, surcharge glucidique
 - Indirectement : anorexie, boulimie (liée à médicaments)

Étiologies

- Multiples
 - Médicamenteuse : 1^{ère} cause de l'hyposialie
 - Antidépresseurs,
 - antiHTA, Ai,
 - Antimitotiques (chimio)
 - ...
 - Radiothérapie externe
 - >40 Gy
 - Définitive
 - 90% des patients

Comment mesurer l'hyposialie?

- Sialométrie
 - Cracher passivement dans un gobelet (salive totale stimulée)
 - Paraffine, Acide citrique (salive totale stimulée)
 - Technique pondérale : compresse, rouleaux salivaires

Si salive totale stimulée $<0,1\text{ml/min}$: hyposialie

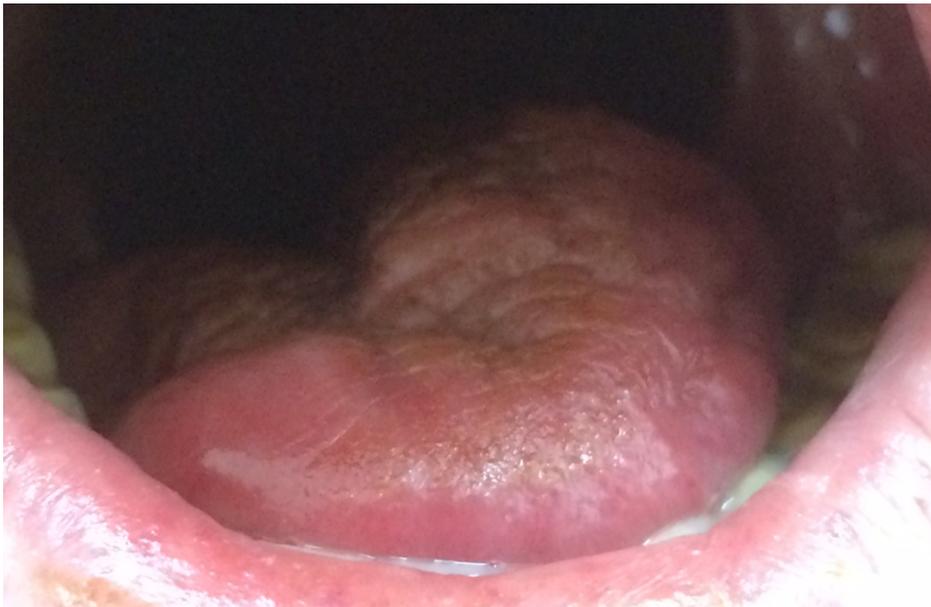
Comment mesurer l'hyposialie?

- Sialographie (aspect en « arbre mort »)
- Biopsie des GSA (pour SGS/autre étiologie)



Signes cliniques

- Tissus durs :
 - Caries
 - Érosions
 - Plaque dentaire
- Tissus mous
 - Gingivostomatites
 - Candidoses +/- chroniques
 - Langue dépapillée, lèvres craquelées
- Salive épaisse, mousseuse, collante
- Miroir colle aux muqueuses
- Pas ou peu de salive à l'ostium





Caries multiples ; atteinte des collets et des bords libres

Augmentation des dépôts de plaque
ATCD RTE : peu symptomatique



Signes fonctionnels

- Élocution, phonation
- Déglutition, digestion
- Dysgueusie
- Voix
- Halitose
- Inconfort
- Difficulté à supporter les prothèses adjointes
- Aspect psychologique +++

Diagnostic différentiel avec stomatodynie : les questions à poser

- Êtes vous obligé de boire beaucoup pendant les repas?
- Êtes vous gêné la nuit? Le manque de salive vous réveille t il?
- Avez-vous des difficultés à avaler les aliments?
- Etes vous plus gêné le matin ou en fin de journée?
- Avez-vous des difficultés à parler longtemps?

Les moyens

- Conseils au patient
 - Mastiquer
 - Boire de l'eau
 - Vitamine C
 - Sucrer des pastilles/noyaux etc
- Traiter et prendre en charge l'étiologie
 - Technique d'irradiation
 - Équilibre bucco-dentaire et systémique
 - ...



Les moyens : traitements symptomatiques

- Substituts salivaires : à base de CMC+ sorbitol + OPE +...
 - Sprays
 - Gommées, pastilles
 - Bains de bouche



Possibilité de coupler à une prothèse réservoir (mais encombrement, autonomie => usage nocturne)

Les moyens : traitements symptomatiques

- Sialagogues
 - Anethole-trithione (Sulfarlem[®]) : BD des récepteurs muscariniques
 - Action directe sur les récepteurs muscariniques :
 - Teinture mère de Jaborandi : 15 à 30 gouttes 3X/j
 - Chlorhydrate de pilocarpine : 5 à 10 mg 3x/j ; 8-12 semaines minimum. Ne pas dépasser 20-30 mg/24h.
 - Effets indésirables : sudation

Autres moyens

- Électrostimulation
- Acupuncture
- Vitamine E, Omega-3
- ...

Une hyposialie particulière : le syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS)

- Maladie auto-immune ; 0,2 à 0,5%
- Femme, >50 ans
- Biopsie des GSA : infiltrat lymphoplasmocytaire
- Évolution : aggravation de la pathologie

Signes permettant d'affirmer le diagnostic :

- Au moins un des 4 critères sur 6 présents, histo et immuno obligatoires :
 - Yeux secs >3 mois/sable dans les yeux/larmes artificielles
 - Bouche sèche >3 mois, tuméfaction parotidienne, consommation d'eau +++
 - Tests
 - de Schirmer positif
 - Salivaires positifs
 - Scinti salivaire +, flux <1,5ml/15 minutes
 - Biopsie GSA : grade >3 Chisholm
 - Anticorps antiSSA, SSB

Pathologies associées fréquemment :

- Thyroïdite
- HTA
- Sarcoïdose
- Diabète II

- Pathos secondaires : Lymphome

Conclusion

Variable	Frequency n(%)	
	Xerostomia	Control
Eating impairment	7 (20)	0 (0)
Need to drink liquids to aid in swallowing foods	9 (25)	0 (0)
Burning sensation	7 (20)	1 (2.9)
Abnormal taste	12 (34.3)	3 (8.6)
Self perceived halitosis	14 (40)	8 (22.9)

	With xerostomia		Without xerostomia	
	Mean	Standard deviation	Mean	Standard deviation
Functional limitation	2.03	1.59	0.97	1.4
Physical pain	3.43	2.01	2.3	1.87
Psychological discomfort	4.15	2.12	3.28	2.07
Physical incapacity	2.51	2.09	1.42	1.87
Psychological incapacity	3.80	2.18	2.33	2.16
Social incapacity	2.13	2.06	1.26	1.84
Social disadvantage	2	2.27	1.15	1.78
	20.05	14.32	12.71	12.99

Merci de votre attention

La même salive fait le crachat et le
baiser.

A. Comte-Sponville

*De penser à leur fraîche amertume,
la salive lui coulait dans la bouche.*

M Genevoix

*Mon jet de salive,
c'est mon aigrette de diamants.*
J Genet