

ORL et chirurgie cervico-faciale: L'endoscope à la conquête des glandes salivaires

Sialendoscopie diagnostique et thérapeutique

Markus Wolfensberger

Introduction

La sialendoscopie est une des innovations les plus fascinantes de ces derniers temps dans le domaine de l'oto-rhino-laryngologie et de la chirurgie maxillo-faciale.

Les lithiases sont les maladies des glandes salivaires les plus fréquentes. Le diagnostic est le plus souvent posé par l'imagerie/radiologie. Pour le traitement, on dispose dans des cas sélectionnés de l'extraction des calculs par voie orale ou de la lithotripsie, tandis que la majorité des glandes atteintes finissent par devoir être excisées.

La sialendoscopie est une technique mini-invasive qui permet d'explorer optiquement les canaux salivaires et d'extraire les calculs par voie endoscopique; de plus elle allie élégamment diagnostic et traitement.

Sialendoscopie diagnostique

En cas de suspicion anamnestique de lithiase dans une grosse glande salivaire (parotide ou

sous-maxillaire), on essaie le plus souvent de confirmer ce diagnostic par ultrasonographie, sialographie ou résonance magnétique. L'*ultrasonographie* est non invasive et bon marché, mais ne permet un diagnostic univoque que dans certains cas. Seuls les calculs d'un diamètre supérieur à 3 mm peuvent être détectés. De plus, la technique est très dépendante de l'examineur. La *sialographie* a longtemps été considérée comme la technique standard, mais aujourd'hui elle n'est que rarement encore utilisée, car son exécution et son interprétation ne sont pas simples. La tomographie par résonance magnétique, en particulier la nouvelle technique de *sialo-TRM*, permet de reconstruire le système canalaire sans remplissage par du produit de contraste. Pourtant, cette technique est elle aussi assez exigeante et ne peut pas être utilisée chez tous les patients. La *sialendoscopie* a été décrite pour la première fois au début des années 1990. Elle a été introduite à Genève en 1995 et entre temps elle est devenue techniquement si perfectionnée qu'elle peut être utilisée de routine. L'endoscope utilisé aujourd'hui (figure 1) a été déve-

Correspondance:

Pr Markus Wolfensberger
Klinik für HNO
Hals- und Gesichtschirurgie
Kantonsspital
Petersgraben 4
CH-4031 Basel

Figure 1.

Endoscope semi-rigide d'un diamètre de 1,3 mm, avec canal de travail et de rinçage. Inset: anse pour l'extraction (en haut) et fibre pour l'application du laser (en bas).

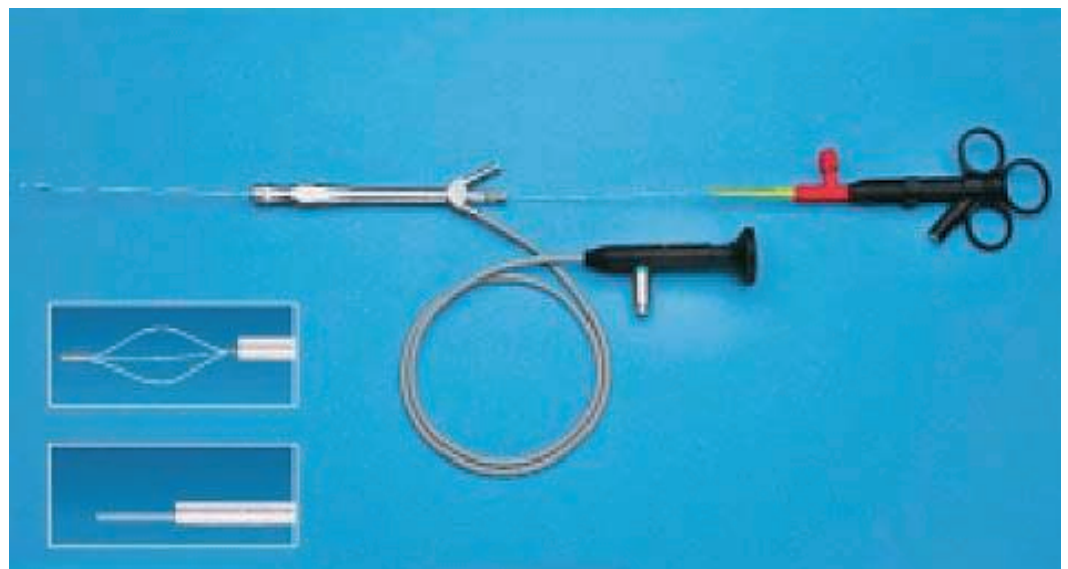


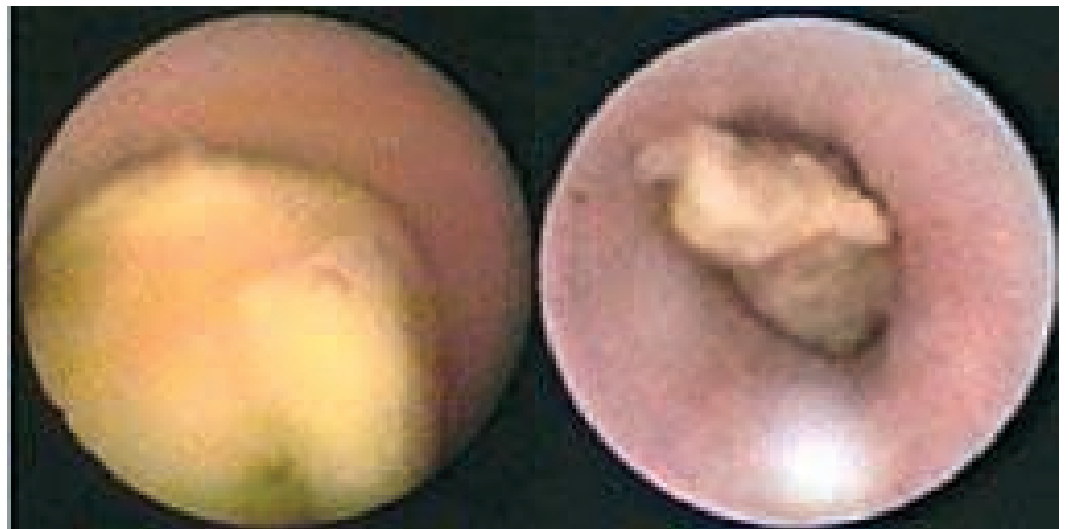
Figure 2.
Système canalaire normal, vue des 1^{er} et 2^{es} bifurcations depuis le canal principal.



Figure 4.
Sténose concentrique dans la ramification secondaire du canal de Sténon.



Figure 3.
La forme et le nombre des concrémets sont très variables. A gauche: calcul solitaire arrondi. A droite: calcul irrégulier avec de petits fragments.



loppé par Marchal en collaboration avec la firme Karl Storz. Il est semi-rigide et outre l'optique, il est doté d'un canal de lavage et de travail; son diamètre extérieur est de 1,3 mm. Si nécessaire, on dispose d'un endoscope encore plus petit: diamètre extérieur 0,9 mm. Marchal et collaborateurs ont décrit et publié la technique et les résultats de cette nouvelle méthode dans les grandes revues d'oto-rhinolaryngologie [1-3] et à l'occasion de cours internationaux, ont conquis un nombre grandissant de collègues intéressés.

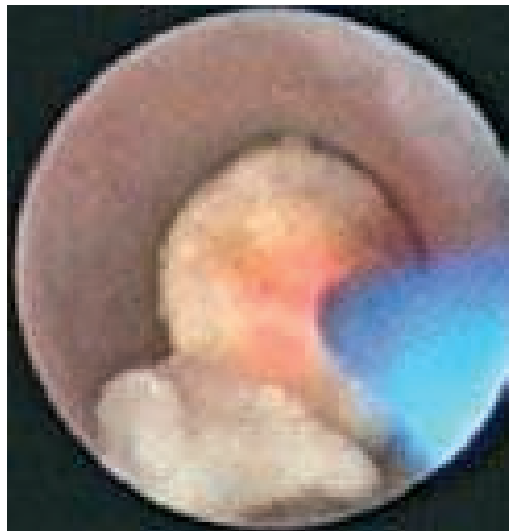
La technique: la sialendoscopie est pratiquée de routine en ambulatoire, avec le patient en position assise ou semi-couchée. Après anesthésie locale de la papille, celle-ci est dilatée jusqu'à pouvoir y introduire l'endoscope. L'endoscopie elle-même se fait sous rinçage des canaux avec une solution anesthésiante. Cela

permet à la fois l'anesthésie des canaux, leur libération de détritres ou de petits concrémets, ainsi que le lavage de l'endoscope. On inspecte ainsi le système canalaire au complet jusqu'aux ramifications tertiaires et souvent au-delà de la pathologie, respectivement calcul (figure 2). Outre les concrémets (figure 3), la technique permet de diagnostiquer avec précision et sans équivoque d'autres pathologies obstructives telles que sténoses canalaire (figure 4) et polypes, dont la symptomatologie est semblable à celle de la sialolithiase et qu'on ne peut presque pas diagnostiquer de manière fiable avec d'autres méthodes. Selon Marchal et Dulguerov [3], la sialendoscopie est praticable avec succès chez 98% des cas sur les 450 étudiés. L'examen dure entre 12 et 40 minutes. Les difficultés dues à des canaux fortement rétrécis ou des ramifications à angle très fermé sont rares.

Figure 5.
Ablation de concrémets avec
la petite corbeille métallique sous
contrôle endoscopique.



Figure 6.
A gauche: désintégration de
calcul au laser. A droite:
fragments qui peuvent ensuite
être en partie extraits et en partie
évacués par rinçage.



Dans la série citée, on n'a observé aucune complication importante (perforation, lésion vasculaire ou nerveuse).

Sialendoscopie interventionnelle

Au moins 70% des sous-maxillectomies sont pratiquées en raison d'inflammations récurrentes en relation avec une sialolithiase. Cette intervention n'est pas sans risques (hémorragies, lésions nerveuses). Dans les années 1990, on a développé la lithotripsie en cherchant un traitement plus simple des calculs des glandes salivaires. Malheureusement, cette méthode ne permet pas d'évacuer tous les calculs. Etant donné qu'il est possible endoscopiquement de localiser avec grande précision les calculs salivaires, essayer de les évacuer par la même voie est une réflexion qui va de soi. De fait, les concrémets d'un diamètre allant jusqu'à 3 mm (dans la parotide), respectivement 4 mm (dans la glande sous-maxillaire) peuvent être

ôtés sous contrôle endoscopique, à l'aide d'un petit panier métallique (figure 5). Les calculs de plus grand volume (environ 10% dans la série citée) sont d'abord désintégrés au laser, puis extraits (figure 6). Toutes ces opérations se font sous contrôle visuel permanent, contrairement à l'extraction par corbeille en (semi-)aveugle, qui est souvent propagée. Dans la série de Marchal et coll., une anesthésie générale s'est pourtant avérée nécessaire dans 24% des cas. Dans plus de la moitié des cas, on a découvert des lithiases multiples. Sur 45 parotides avec des lithiases, on a finalement dû en enlever deux, et sur 110 glandes sous-maxillaires avec lithiases, on a finalement dû procéder à l'ablation de la glande dans cinq cas [1, 2]. Dans les autres cas, l'ablation des concrémets par endoscopie fut totalement réussie. Par ailleurs, il a fallu procéder à plus d'une intervention chez la moitié environ des patients.

Commentaire

Après l'oreille moyenne et le larynx (sur lesquels on intervient micro-chirurgicalement depuis des décennies) puis les sinus (que l'on opère déjà aussi depuis longtemps par endoscopie mini-invasive), l'endoscopie est maintenant aussi parvenue à conquérir les glandes salivaires.

La sialendoscopie permet un diagnostic univoque des maladies obstructives des glandes salivaires (en particulier la sialolithiase) avec une technique peu invasive. La sensibilité et la spécificité de cette méthode sont supérieures à celles de l'imagerie.

Les petits concrémets peuvent souvent être enlevés dans la même séance. Et même si les calculs plus volumineux nécessitent une seconde intervention (éventuellement sous narcose), on peut éviter l'ablation de la glande – intervention non sans risque – pour la plupart des patients.

Il n'y a pas de doute que l'endoscopie diagnostique et thérapeutique des grandes glandes salivaires sera bientôt élevée au rang de standard.

(Traduction Dr Bernard Croisier)

Avec l'amical assentiment de l'auteur, les figures ont été téléchargées de la page www.sialendoscopy.net. Cette page contient également des séquences vidéo sur le thème.

Références

- 1 Marchal F, Dulguerov P, Becker M, Barki G, Disant F, Lehmann W. Specificity of parotid sialendoscopy. *Laryngoscope* 2001;111:264-71.
- 2 Marchal F, Dulguerov P, Becker M, Barki G, Disant F, Lehmann W. Submandibular diagnostic and interventional sialendoscopy: new procedure for ductal disorders. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2002;111:27-35.
- 3 Marchal F, Dulguerov P. Sialolithiasis management: the state of the art. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:951-6.