

F. Marchal, P. Dulguerov,
M. Becker, A. M. Kurt,
J.-Ph. Guyot et W. Lehmann

TRAITEMENT AMBULATOIRE DE LA LITHIASE SALIVAIRE

La sialolithiase est une pathologie relativement fréquente en ORL, qui conduit parfois à la résection de la glande salivaire. Nous décrivons une nouvelle approche thérapeutique de la sialolithiase, réalisée sous anesthésie locale, en ambulatoire. Les calculs, éventuellement fragmentés par lithotripsie intracanalalaire au préalable, sont extraits sous contrôle endoscopique à l'aide d'une sonde de Dormia. Entre mai 1997 et juillet 1998, vingt et un patients ont été opérés selon cette technique. Dans trois quart des cas, l'extraction du calcul a été possible en totalité et les patients guéris de leur symptomatologie, avec un recul moyen de 5,7 mois. Il n'y a pas eu de complications notables, ni per- ni postopératoires. De nouveaux développements devraient permettre dans un proche avenir d'améliorer encore les résultats.

Mots clés : lithiase salivaire • Dormia

ENDOSCOPIC TREATMENT OF SALIVARY STONES

Sialolithiasis is a relatively frequent pathology, leading sometimes to glandular excision. We describe a new therapeutical approach of sialolithiasis, performed under local anesthesia on an outpatient basis. The stones are fragmented by an intracanalalar lithotripter, and removed by a Dormia basket under endoscopic control. Between May 1997 and July 1998, twenty-one patients were operated by this technique. In 3/4 of the cases, a total removal of the stone has been possible and the patients were cured and free of symptoms with a mean follow-up of 5.7 months. There were no serious intra- or postoperative complications. New developments of this technique should allow in the near future to improve the results.

Med Hyg 1998; 56: 1961-2

Introduction

Les tuméfactions des glandes sous-maxillaires dues à des lithiases salivaires représentent une pathologie fréquente. Le diagnostic se fait classiquement par sialographie et/ou ultrason.¹ L'ultrason seul dans le diagnostic de lithiase est un examen performant, mais «opérateur dépendant», et qui semble avoir une limite de résolution d'environ deux millimètres.² Nous avons déjà rapporté sur l'utilité d'une nouvelle méthode diagnostique, la sialo-IRM, dont les résultats sont très prometteurs.³

L'attitude classique, en cas de sous-maxillite lithiasique, est de traiter les épisodes infectieux, espérant une expulsion spontanée du calcul par le canal excréteur, ou de tenter une extraction du calcul par une marsupialisation, lorsque celui-ci est tout près de la papille de Wharton. En cas de calcul enclavé plus profondément et entraînant des épisodes infectieux récidivants, l'indication à une exérèse de la glande est classique.⁴

En effet, une des hypothèses généralement admise est que la glande souffrant de lithiase(s) et d'infections à répétition n'est plus fonctionnelle. Or une étude attentive de 48 glandes sous-maxillaires opérées pour lithiases révèle qu'il n'y a pas de corrélation entre le degré d'atteinte de la glande et le nombre d'épisodes infectieux, ni entre le degré d'atteinte et la durée de l'évolution.⁵ Ainsi, puisque rien ne semble prédire de la fonctionnalité de la glande, une approche conservatrice se justifie totalement à nos yeux.

Récemment, nous avons rapporté une technique originale d'extraction des calculs par voie endocanalalaire.³ Elle permet d'obtenir des résultats satisfaisants, mais ne permet pas de visualiser les calculs et l'extraction se fait à l'aveugle. La littérature internationale rapporte sporadiquement des cas d'extraction de calculs à l'aide de sondes de Dormia, mais très peu de centres réalisent ce geste sous guidage endoscopique. L'apparition toute récente d'endoscopes très fins, et la fabrication de prototypes, ainsi que l'adaptation de sondes utilisées pour l'extraction de calculs urinaires ou biliaires (sonde de Dormia) nous ont donc permis d'affiner la technique. Une visualisation directe du calcul et une extraction par voie endocanalalaire sous contrôle endoscopique sont maintenant possibles, non seulement au niveau sous-maxillaire, mais aussi au niveau parotidien.⁶ Le travail présenté ici concerne uniquement les glandes sous-maxillaires.

Matériel et méthode

Entre mai 1997 et juillet 1998, vingt et un pa-

tients présentant une lithiase sous-maxillaire située à plus de 5 cm de la papille de Wharton ont été diagnostiqués et traités par voie endoscopique. Il s'agit de quatre femmes et dix-sept hommes, âgés de 18 à 76 ans (moyenne 37,8 ans). La lithiase salivaire a été mise en évidence par sialographie et ultrasonographie ou sialo-IRM.

Tous les patients ont été traités ambulatoirement. Une prémédication de midazolam 7,5 mg est parfois administrée par voie orale. Une infiltration à la xylocaïne-adréraline est réalisée au niveau de la papille de Wharton, et le canal marsupialisé sur le premier centimètre. Les endoscopes utilisés consistent en différents prototypes d'un diamètre de 1,3 à 1,6 mm, avec un canal de travail de 0,6 mm de diamètre. Une solution de rinçage et d'anesthésie (1:1 de xylocaïne 2% et NaCl 0,9%) est injectée en continu au travers du canal de travail. L'endoscope dirigé dans le canal est ensuite positionné en face du calcul à extraire (fig. 1). En cas de lithiase de taille inférieure à 4 mm, l'extraction de la lithiase se fait à l'aide de la sonde de Dormia passée au travers du canal de travail de l'endoscope (fig. 2). Une fois le calcul saisi, l'endoscope est sorti en même temps que le calcul. En cas de lithiase de taille supérieure à 4 mm, une fragmentation préalable du calcul est réalisée à l'aide d'une sonde de lithotripteur électro-hydraulique, passée dans le canal de travail, jusqu'au contact du calcul. Les fragments sont ensuite extraits avec la sonde de Dormia.

Résultats

Au total, vingt et un patients ont été opérés par voie endoscopique. Dans treize cas, le calcul était d'une taille inférieure à 4 mm et seule la sonde de Dormia a été utilisée. L'extraction a été possible en une séance dans six cas, deux ou trois séances dans cinq. Dans deux cas, l'extraction n'a pas été possible car la lithiase était trop profondément située.

Dans huit cas, le calcul était d'une taille supérieure à 4 mm. Après fragmentation, l'extraction a été possible en une séance dans un cas, et en deux à trois séances dans trois cas. Dans quatre cas, il n'a pas été possible d'extraire en totalité la lithiase : dans deux cas elle faisait plus de 1,5 cm de diamètre et il n'a pas été possible de la fragmenter. Dans les deux autres cas, la lithotripsie a dû être interrompue en raison de vives douleurs ressenties par les patients.

Il n'y a pas eu de complications per-opératoires, telles qu'une lésion du canal, une déchirure ou un saignement. Des treize patients avec un calcul inférieur à 4 mm extrait par la sonde de

