

F. Marchal
P. Dulguerov
J.P. Guyot
W. Lehmann

Clinique et Policlinique
d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie
cervico-faciale,
Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse

Sialendoscopie et lithotripsie intracanalalaire

Résumé

Objectifs: 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. **Patients et méthodes:** Entre mai 1997 et juillet 1998, 21 patients ont été opérés selon la technique suivante: endoscopie du canal, localisation du calcul et extraction du calcul sous contrôle endoscopique à l'aide d'une sonde de Dormia, avec éventuelle fragmentation préalable par lithotripsie intracanalalaire. **Résultats et conclusions:** Dans trois quarts des cas, l'extraction du calcul in toto a été possible et les patients ont été 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.

Key Words

Endoscopy, salivary
Lithiasis
Extraction

Sialendoscopy and Intraductal Lithotripsy

Objectives: Sialolithiasis is a relatively frequent pathology, leading sometimes to glandular excision. We describe a new therapeutic approach to sialolithiasis, performed under local anesthesia on an outpatient basis. **Patients and methods:** Between May 1997 and July 1998, 21 patients were operated by the following technique: endoscopy of the salivary duct, localisation of the stone and direct removal of the stone by a Dormia basket under endoscopic control or fragmentation by an intraductal lithotripter and removal of fragments. **Results and conclusions:** In three quarters of the cases, a total removal of the stone was 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 us in the near future to ameliorate the results even further.

Sialendoskopie und intrakanaläre Lithotripsie

Fragestellung: Die Sialolithiasis ist eine ziemlich häufige Pathologie, die manchmal zur Speicheldrüsenentfernung führt. Wir präsentieren eine neue therapeutische Methode, die unter Lokalanästhesie und ambulant durchgeführt wird. **Patienten und Methoden:** Zwischen Mai 1997 und Juli 1998 wurden 21 Patienten mit folgender Technik operiert: Endoskopie des Kanals, Lokalisation der Steine, und danach werden die Steine eventuell mit einem intrakanalären Lithotriptor zertrümmert und nachher unter endoskopischer Kontrolle mit einem Dormia-Körbchen entfernt. **Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** In drei Vierteln der Fälle wurde eine totale Entfernung der Steine möglich und die Patienten beschwerdefrei geheilt, mit einer Nachbeobachtung von 5,7 Monaten. Wir hatten keine wichtigen Komplikationen, weder prä- noch postoperativ. Neue Entwicklungen dieser Technik sollten die Resultate in der nahen Zukunft noch verbessern.

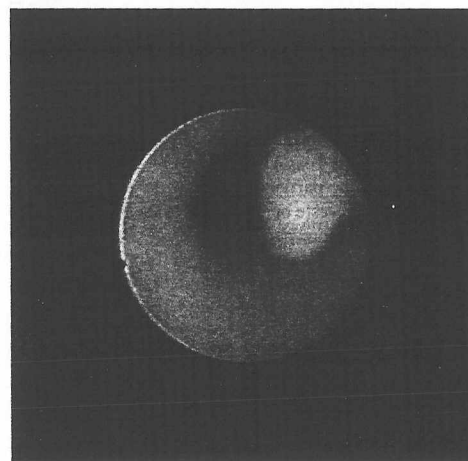


Fig. 1. Sialendoscope positionné en face d'un calcul salivaire.

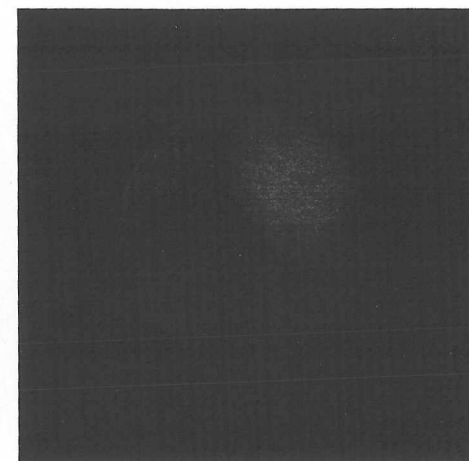


Fig. 2. Calcul salivaire piégé dans une sonde de Dormia.

Introduction

Les tuméfactions des glandes sous-maxillaires dues à des lithiases salivaires représentent une pathologie fréquente. L'attitude classique, en cas de sous-maxillite lithiasique, est de traiter les épisodes infectieux, espérant une sortie 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 [1]. Récemment, une technique originale d'extraction des calculs par voie endocanalalaire a été rapportée [2]. Elle permet d'obtenir des résultats satisfaisants, mais ne permet pas de visualiser les calculs et l'extraction s'en fait à l'aveugle. L'apparition toute récente d'endoscopes très fins ainsi que l'adaptation de sondes utilisées pour l'extraction de calculs urinaires ou biliaires (sonde de Dormia) nous ont permis d'affiner la technique. Une visualisation directe du calcul et une extraction par voie endocanalalaire sous contrôle endoscopique sont maintenant possibles.

Patients et méthodes

Entre mai 1997 et juillet 1998, 21 patients 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 4 femmes et 17 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 par 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 est marsupialisé sur le premier centimètre. Les endoscopes utilisés consistent en différents prototypes d'un diamètre de 1,3-1,6 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 est ensuite positionné en face du calcul à extraire (fig. 1). En cas de lithiase de taille inférieure à 4 mm, l'extraction du calcul 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, 21 patients ont été opérés par voie endoscopique. Dans 13 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 1 séance dans 6 cas, en 2 ou 3 séances dans 5 cas. Dans 2 cas, l'extraction n'a pas été possible car la lithiase était située trop profondément.

Dans 8 cas, le calcul était d'une taille supérieure à 4 mm. Après fragmentation, l'extraction a été possible en 1 séance dans 1 cas, et en 2 ou 3 séances dans 3 cas. Dans 4 cas, il n'a pas été possible d'extraire la lithiase en totalité: dans 2 cas elle faisait plus de 1,5 cm de diamètre et il n'a pas été possible de la fragmenter. Dans les 2 autres cas, la lithotripsie a dû être interrompue en raison de vives douleurs ressenties par les patients.

