

 <p>ISSN NO. 2320-5407</p>	<p>Journal Homepage: -www.journalijar.com</p> <h2>INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)</h2> <p>Article DOI: 10.21474/IJAR01/14951 DOI URL: http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/14951</p>	 <p>INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR) ISSN 2320-5407 Journal Homepage: http://www.journalijar.com Journal DOI: 10.21474/IJAR01</p>
---	--	--

RESEARCH ARTICLE

PRISE EN CHARGE D'UNE SIALOCÈLE PAROTIDIENNE POST-TRAUMATIQUE : APPROCHE FONCTIONNELLE, ET MINI-INVASIVE

Nawfal EL Hafidi, Keith M'FA, Ayoub Bakhil, Adam Benbachir, Jalal Hamama and Karim EL Khatib
Department of Plastic and Maxillofacial Surgery, Mohammed V Military Hospital, Mohammed V University, Rabat, Morocco.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 25 April 2022
Final Accepted: 27 May 2022
Published: June 2022

Key words:-

Sialocèle, PlaieFaciale, Tuméfaction Parotidienne, Fistule Salivaire, Sialo-TDM

Abstract

La sialocèle parotidienne est une complication mécanique rare des plaies post-traumatiques de la face, souvent passée inaperçue devant le caractère hémorragique des plaies faciales. Elles doivent être connues et prévenues initialement car leur prise en charge secondaire est compliquée. Le détournement du flux salivaire dans la cavité buccale par cathétérisme de la partie distale du canal parotidien à travers la sialocèle, en utilisant une nouvelle de fistule interne contrôlée, est une procédure fiable et efficace. Il constitue une approche fonctionnelle conservatrice lorsqu'un traitement retardé est nécessaire, avec un faible potentiel de récurrence et une faible comorbidité. Ceci permet une solution définitive au problème, en préservant la fonction de la glande parotide tout au long du processus de guérison. Ce travail présente le cas d'une prise en charge retardée d'une sialocèle parotidienne post traumatique avec une approche chirurgicale mini-invasive.

Copy Right, IJAR, 2022., All rights reserved.

Introduction:-

La sialocèle parotidienne correspond à une collection salivaire au sein du parenchyme parotidien [1] par extravasation de la salive dans les suites d'un traumatisme ou après une chirurgie. [2] D'autres causes incluent la néoplasie, l'infection, ou la sténose canalaire.

Les plaies profondes dans la région jugale peuvent impliquer des structures vasculaires telles que l'artère faciale et l'artère transverse, ou d'autres éléments nobles tels que les rameaux du nerf facial ou la glande parotide et son conduit, de ce fait les lésions du conduit parotidien passent souvent inaperçues. [3]

L'anastomose ou la reconstruction canalaire dans les premières 24 heures permet de meilleurs résultats et préserve la fonction glandulaire. [3] [4] [5] Les options du traitement retardé d'une sialocèle parotidienne se regroupent en 2 différentes approches : celles qui préservent la fonctionnalité de la glande et celles qui la dépriment. [6]

Nous rapportons le cas d'une sialocèle développée après une plaie pénétrante de la joue qui a été traitée avec une approche chirurgicale mini-invasive tout en préservant la fonctionnalité de la glande parotide

Corresponding Author:- Nawfal El Hafidi

Address:- Mohammed V Military Hospital - Rabat.

Il s'agit d'un patient de 28 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui a présenté une tuméfaction de la région parotidienne augmentant de taille après les repas, survenue 2 semaines après une plaie pénétrante de la joue, qui a été suturée au service des urgences (Figure 1). L'examen clinique retrouve une tuméfaction non inflammatoire, de 5 cm de grand axe, rénitente, légèrement sensible, non adhérente à la peau et augmentant de taille lors des repas, associée à une fistule cutanée avec issue de liquide claire, sans parésie ni paralysie faciale, et chez qui l'examen endobuccal retrouve une limitation de l'ouverture buccale avec absence d'écoulement salivaire par l'ostium du Sténon à la stimulation par massage de la glande parotide. Une Sialo-TDM a objectivé une désunion du canal parotidien confirmant une sialocèle parotidienne post-traumatique. (Figure 2)



Figure 1:- Tuméfaction de la région parotidienne centrée par une cicatrice transjugale [Photo de face].

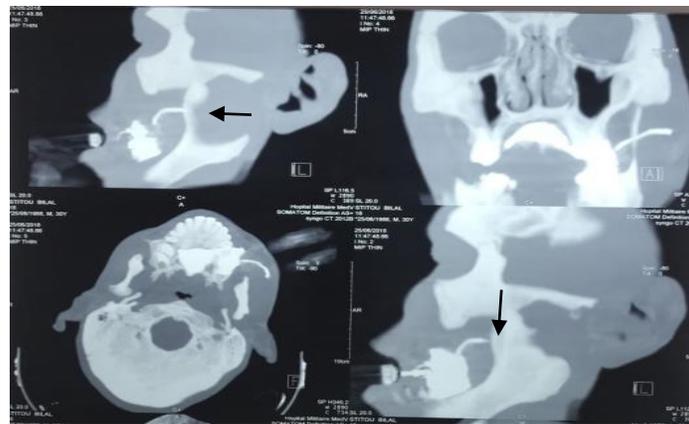


Figure 2:- Interruption du produit de contraste suite à une section du canal parotidien à la Sialo-TDM

La sialocèle a été traitée par un drainage chirurgical en utilisant une approche transorale sous anesthésie générale. Une incision à travers la muqueuse a été effectuée 1 cm en arrière de l'ostium. Une dissection à l'aide d'une sonde mousse rainurée a été pratiquée afin de préserver les éléments nobles. (Figure 3) Une diminution immédiate du gonflement du visage et le retour d'un flux salivaire intra-oral indiquaient l'emplacement approprié de la sonde à

l'intérieur de la sialocèle. En utilisant la sonde rainurée comme guide, un drain a été inséré dans la sialocèle et a été fixé à la muqueuse buccale par un point de fil non résorbable (Figure 4). Il a été laissé en place pendant 3 mois pour permettre la cicatrisation du nouveau tube salivaire. Des bains de bouche ont été prescrits ainsi qu'une antibiothérapie à large spectre.



Figure 3:- Introduction d'une sonde rainurée dans la sialocèle.



Figure 4:- Cathétérisme inséré dans la sialocèle et fixé en bouche.

Le drain a été bien toléré par le patient et a été retiré au bout de 3 mois, il a été noté une résolution de la tuméfaction jugale, une cicatrisation de la fistule cutanée salivaire et un écoulement salivaire à travers la nouvelle fistule buccale, contournant le canal parotidien. Il n'y a pas eu de récurrence après un recul de 1 an (Figure 5).



Figure 5:- Aspect postopératoire à 3 mois.

Discussion:-

La sialocèle parotidienne se présente comme une tuméfaction jugale, douloureuse ou non, de consistance dure ou molle, augmentant de taille progressivement, survenant 1 à 2 semaines après un événement traumatique du canal ou du parenchyme parotidien. [7] les signes inflammatoires, tels qu'un érythème, une douleur, une augmentation de la température de la peau ou un fébricule peuvent être présents indiquant une infection avec un risque accru de fistule cutanée [7]. Dans les cas associés à la douleur, l'ouverture de la bouche peut être diminuée [4].

Le diagnostic est clinique, [1] [6] basé sur l'examen physique et la recherche d'antécédents. L'aspiration à l'aiguille fine et l'analyse de la nature des fluides collectés notamment la présence d'amylase, permettent la confirmation du diagnostic [1]. L'imagerie peut être utile pour localiser la blessure et la caractériser, aidant à la planification du traitement et à la prise de décision [2] [6]. Lorsque la sialocèle se présente après une plaie pénétrante de la région parotidienne, comme chez notre patient, il se développe généralement entre le 8ème et le 14ème jour après le traumatisme, [5] [7] celle survenant suite à un traumatisme contondant se développe généralement de manière plus tardive [5].

L'histoire clinique, l'examen physique et les résultats de la Sialo-TDM ont permis le diagnostic d'une sialocèle parotidienne post-traumatique. La prise en charge thérapeutique regroupe deux options différentes la première déprime la fonction de la glande parotide et l'autre la préserve. Le consensus actuel est de réaliser une anastomose ou une reconstruction du conduit pendant l'exploration de la plaie dans les premières 24 heures.

Une réparation secondaire ou une anastomose du canal parotidien est souhaitable lorsqu'elle n'a pas été réalisée initialement, bien qu'il s'agisse d'une intervention chirurgicale à haut risque en raison de la proximité du nerf facial et de la présence de tissu cicatriciel qui complique encore plus la procédure [1] [5].

Les méthodes qui dépriment la fonction glandulaire ont été l'approche la plus courante pour le traitement différé. La méthode la plus largement acceptée et utilisée à ce jour est le protocole conservateur [Pansement compressif, ponctions percutanées et agents antisialogogues] [8] [9] [10] [11].

Les méthodes conservatrices qui dépriment la fonction glandulaire sont simples et sûrs et favorisent la résolution du gonflement tout en empêchant la formation de fistule cutanée et sans recourir à des techniques plus agressives [10][12]. L'utilisation de ces méthodes induit une augmentation de la pression intraluminaire dans la glande et implique des douleurs et un inconfort jusqu'à ce que les résultats souhaités aient été atteints. [3][5] Aussi, une perte

progressive de la fonction glandulaire peut se produire au fil du temps, [8] [11] et une atrophie parenchymateuse entraînera une asymétrie faciale [12].

Une grande variété d'agents antisialogogues ont été utilisés. Les plus étudiés et utilisés sont les agents anticholinergiques. Cependant, ces médicaments ont de nombreux effets indésirables comme la xérostomie, la constipation, la photophobie, la tachycardie et les troubles urinaires [1] [4] [5].

Une autre technique pour déprimer la fonction de la glande qui a été rapportée comme étant efficace et sûre est l'utilisation de la toxine botulique injectée directement dans la glande [10] [13]. Elle offre les avantages d'un traitement conservateur, sans les effets secondaires systémiques des agents antisialogogues, et elle est peu invasive [5] [8].

Le traitement chirurgical mini-invasif est une approche fonctionnelle d'un traitement retardé. Il consiste à détourner le flux salivaire dans la cavité buccale par cathétérisme de la partie distale du canal parotidien ou de la sialocèle dans la bouche à travers l'ostium ou à l'aide d'une nouvelle fistule interne. Un traitement qui permet de préserver la fonction glandulaire, évitant l'atrophie parenchymateuse, avec un meilleur pronostic de récupération, et un faible taux de complications et de récurrence. Par conséquent, la fistule interne contrôlée devrait être la première ligne de traitement de la sialocèle parotidienne dans prise en charge différée [9] [11].

Conclusion:-

Les plaies faciales de la région parotidienne, imposent une exploration minutieuse avec une attention particulière pour identifier une lésion du canal parotidien afin de réaliser un cathétérisme avec suture péricanalaire ou au mieux une anastomose microchirurgicale du canal parotidien, à défaut, la formation d'une sialocèle est inéluctable entraînant des problèmes esthétiques et fonctionnels pour le patient. Lorsqu'un traitement retardé est nécessaire, la marsupialisation à travers une fistule intraorale contrôlée semble une technique simple et efficace, qui permet la résolution de la sialocèle tout en préservant la fonction de la glande parotide.

Références:-

1. Araujo MR, Centurion BS, Albuquerque DF, et al: Management of a parotid sialocele in a young patient: Case report and literature review. *J Appl Oral Sci* 18:432, 2010
2. Medeiros Junior R, Rocha Neto AM, Queiroz IV, et al: Giant sialocèle following facial trauma. *Braz Dent J* 23:82, 2012
3. Steinberg MJ, Herrera AF: Management of parotid duct injuries. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod* 99:136, 2005
4. Arnaud S, Batifol D, Goudot P, Yachouh J: Nonsurgical management of traumatic injuries of the parotid gland and duct using type A botulinum toxin. *Plast Reconstr Surg* 117:2426, 2006
5. Gordin EA, Daniero JJ, Krein H, Boon MS: Parotid gland trauma. *Facial Plast Surg* 26:504, 2010
6. Edkins O, van Lierop AC, Fagan JJ, Lubbe DE: Peroral drainage of post-traumatic sialoceles: Report of three cases. *J Laryngol Otol* 123:922, 2009
7. Sanchez R, Navarro I, Chamorro M, et al: Sialoectasia cronica del conducto de Stenon: A proposito de un caso. *Rev Esp Cir Oral Maxilofacial* 32:36, 2010
8. Parekh D, Glezerson G, Stewart M, et al: Post-traumatic parotid fistulae and sialoceles: A prospective study of conservative management in 51 cases. *Ann Surg* 209:105, 1989
9. Gahir D, Clifford N, Yousefpour A, Avery C: A novel method of managing persistent parotid sialocele. *Br J Oral Maxillofacial Surgery* 49:491, 2011
10. Lewkowicz AA, Hasson O, Nahlieli O: Traumatic injuries to the parotid gland and duct. *J Oral Maxillofacial Surgery* 60:676, 2002
11. Torre-Leon C, Canario Q, Garraton M: A novel approach in the treatment of a posttraumatic sialocele. *Otolaryngol Head Neck Surg* 148:529, 2013
12. Balaji SM: Parotid fistula from transparotid approach for mandibular subcondylar fracture reduction. *Ann Maxillofac Surg* 3:182, 2013
13. Doctor VS, Rafii A, Enepekides DJ, Tollefson TT: Intraoral transposition of traumatic parotid duct fistula. *Arch Facial Plast Surg* 9:44, 2007.