

LA SIALENDOSCOPIE

Mme Fabienne GREMLING

Dr Rémy GROSJEAN

INTRODUCTION

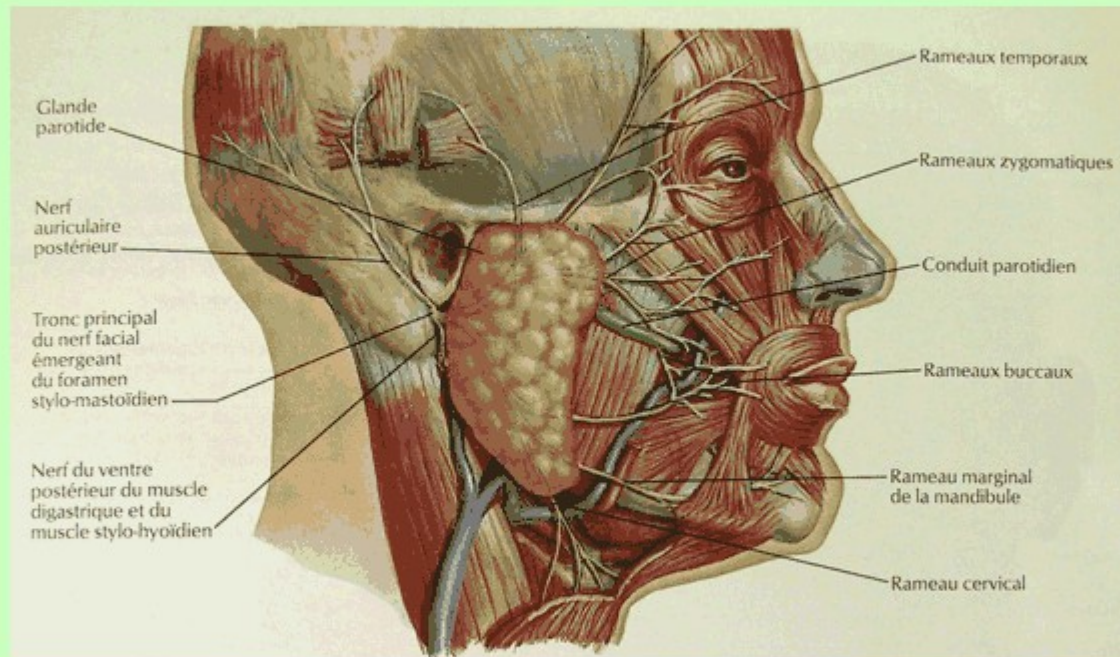
- **Technique innovante et mini-invasive,**
- Non développée dans tous les centres, réalisée au service d'ORL du CHR de Mercy depuis 1 an
- Conservatrice,
- Peu de complications,
- Intérêt Diagnostique et Thérapeutique

HISTORIQUE

- La sialendoscopie : décrite pour la première fois en 1990 et validée depuis 1999
- Les premiers endoscopes apparaissent en 1852,
- 1950 : la réalisation de fibres optiques apportent la souplesse,
- 1965 : Système optique de haute résolution Hopkins introduit par l'Allemand Karl Storz

INTÉRÊTS DE LA TECHNIQUE

Anatomie glande parotide



Réduit la morbidité car peu invasive



INTÉRÊTS DE LA TECHNIQUE

- **Visualisation** complète par voie endoscopique des canaux excréteurs de la salive :

Canal de Sténon (dépendant de la glande sous maxillaire), d'un diamètre de 2mm.

Canal de Wharton (dépendant de la parotide), d'un diamètre de 3mm.

INTÉRÊTS DE LA TECHNIQUE



- **Diagnostic** de la pathologie canalaire :
lithiase salivaire, sténose canalaire.
- **Traitement** par extraction du/des calcul(s), avec ou sans dilatation
- Intervention de courte durée (45 à 60 minutes)

INDICATIONS

PATHOLOGIES NON TUMORALES DES GLANDES SALIVAIRES

LITHIASIQUES

NON LITHIASIQUES

PAROTIDES

SOUS MAXILLAIRES

PAROTIDES

SOUS MAXILLAIRES

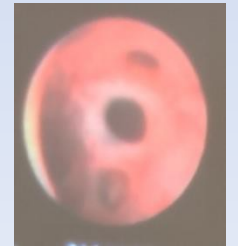


MEGADOLICHOSTENONS

SYNDROMES SECS
ET MALADIES
AUTO-IMMUNES

PAROTIDITES
RECURRENTES
JUVENILES

STENOSES



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- **Radiographie standard**

calculs radio opaques uniquement



- **Echographie : examen de 1^{ère} intention**

calculs > 3mm

ne voit pas les sténoses

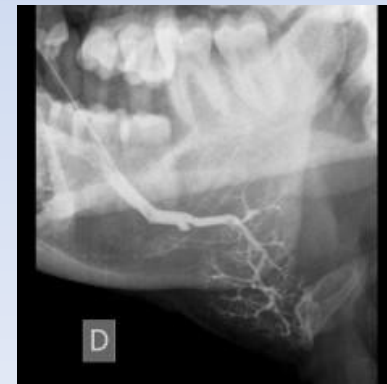
intérêt pour les masses pleines :

différencie les adénopathies

mauvaise évaluation du 1/3 ant du plancher



- **Sialographie : plus d'indication**



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

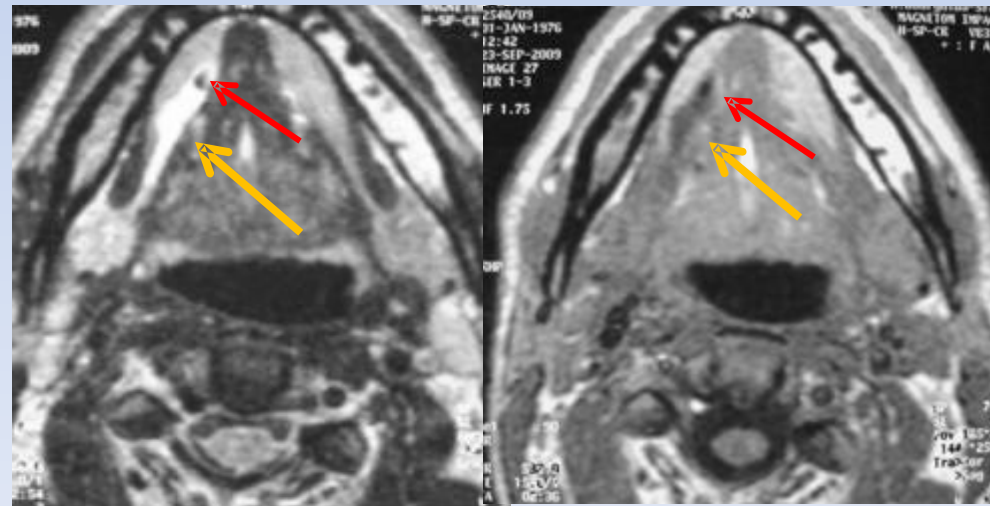
- **TDM : 1^{ère} intention pour certains, reproductible**

- Non injecté sauf si sialite et abcès
- Lithiases : taille, nombre, localisation, intérêt dans voies mixtes pour la parotide, plus sensible si petite lithiase peu calcifiée
- Topographie endo ou extra canalaire pour guider le traitement : voie combinée ?



- **SIALO-IRM :**

- Utilise la salive comme contraste
- Examen des 4 glandes : étude canalaire et du parenchyme
- Mais coût, accessibilité, lithiases < 2-3 mm ou non obstructives ou parenchymateuses non vues



MATERIEL



COLONNE VIDEO

- Caméra
- Moniteur
- Source de lumière endoscopique

LAVEUR DE DESSI

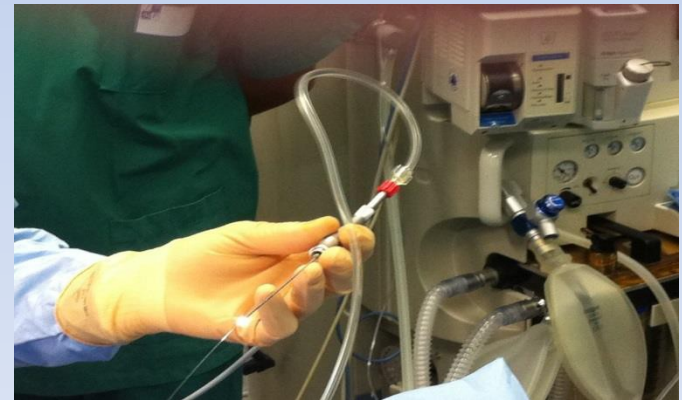
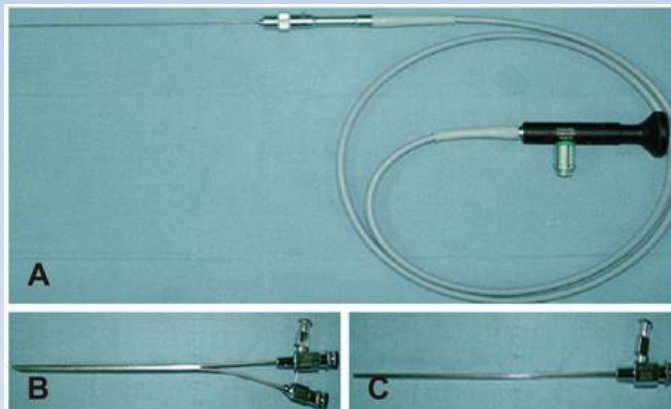
Système de
lavage/irrigation

1. dilate les canaux
2. nettoie l'optique
3. évacue les débris
intra-canalaires

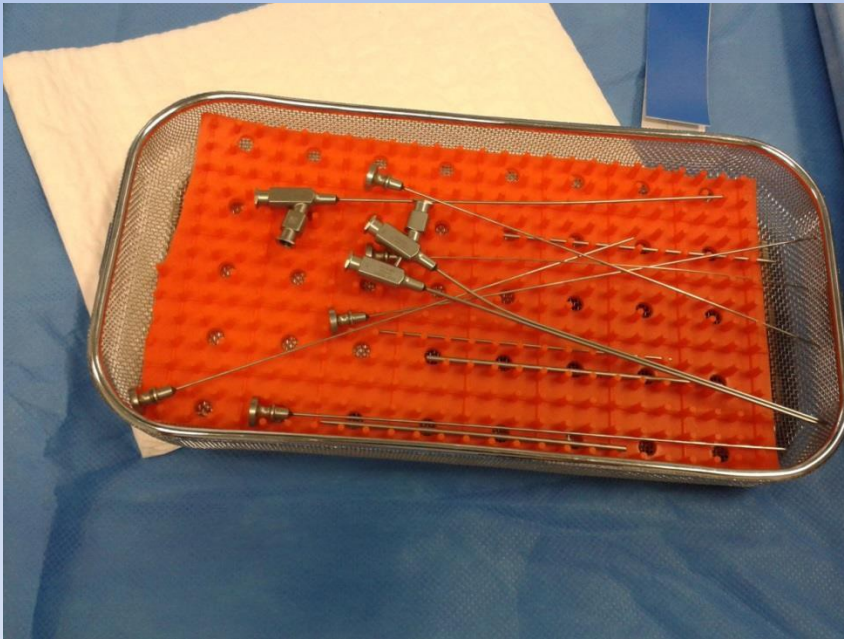


SIALENDOSCOPE

Endoscope semi-rigide d'un diamètre de 0,6 mm

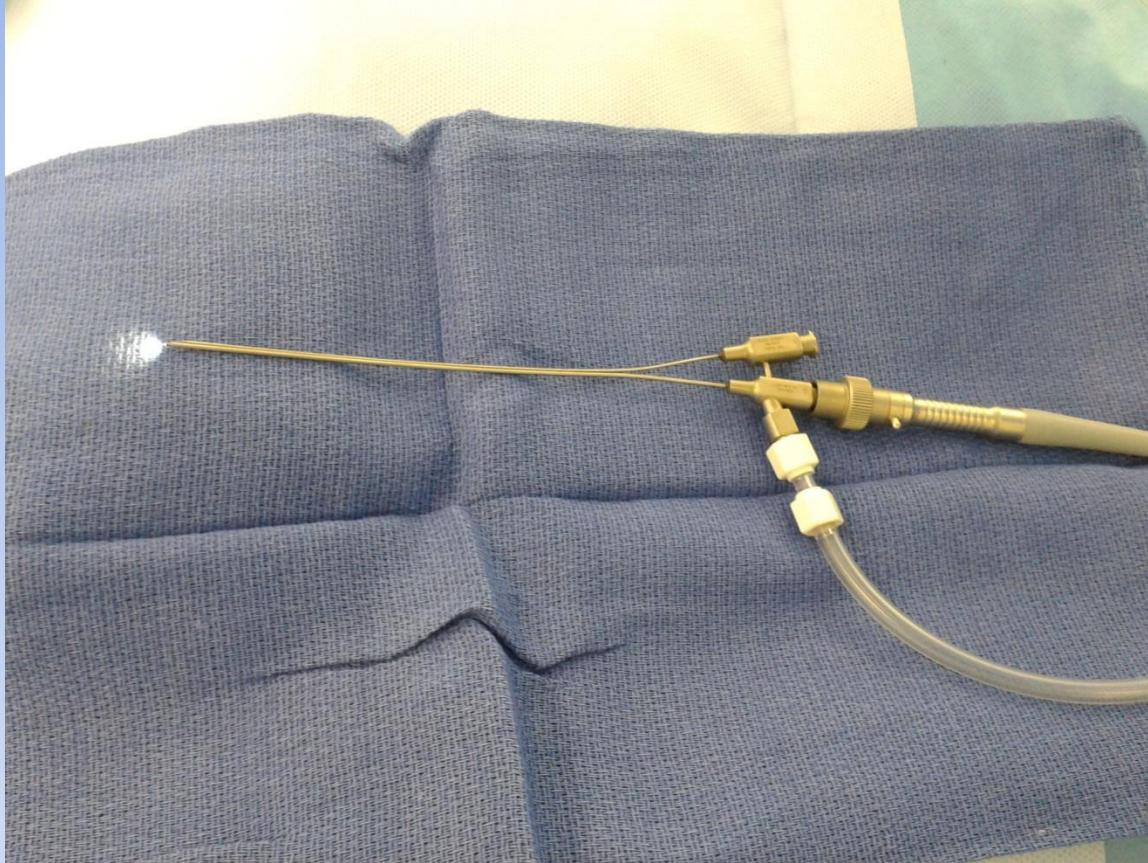


GAINES DE SIALENDOSCOPE



- La gaine « **diagnostique** »
(0,9 mm de diamètre)

- La gaine « **thérapeutique** »
(1,3 mm de diamètre)



GAINÉ MONTEE SUR SIALENDOSCOPE

Canal opérateur / câble de lumière froide / irrigation

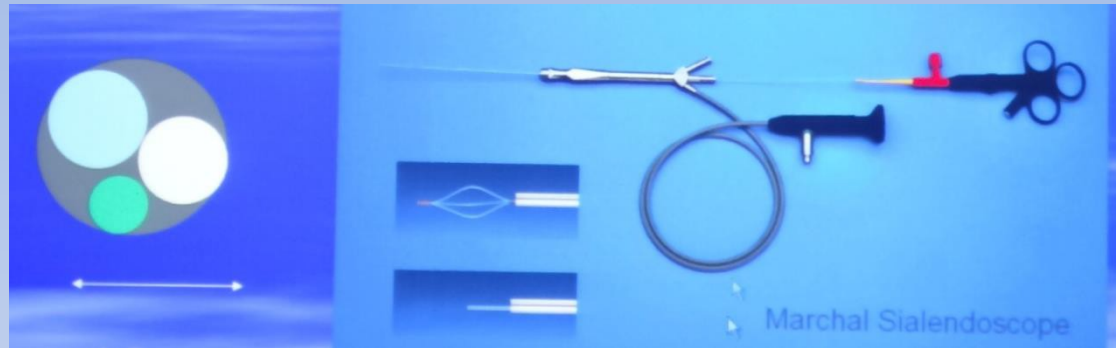
TABLE D'INSTRUMENTATION



SONDES DE DILATATION



A VISEE THERAPEUTIQUE



Sonde à panier de Dormia

Sonde à ballonnet

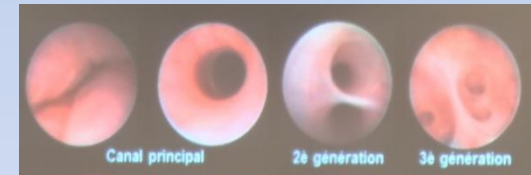


INSTALLATION



PROCÉDURE

- La technique :
 - De routine en ambulatoire, avec le patient en position assise ou semi-couchée
 - Sous anesthésie locale ou NL : but diagnostic
 - Sous anesthésie générale : but thérapeutique
- Inspection des canaux jusqu'aux ramifications tertiaires
- La procédure : entre 20 et 60 minutes
(canaux fortement rétrécis ou angle très fermé)
- Antibioprophylaxie (Amoxicilline + acide clavulanique ou Macrolide en cas d'allergie) 48h + traitement corticoïde + bains de bouche
- Contrôle J15 ou M1



CONCLUSION

SIALENDOSCOPIE

- **INTÉRÊT DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE**
- **ÉVITER LES TRAITEMENTS CHIRURGICAUX PLUS LOURDS**
- **MOINS D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES**
- **RÉALISABLE EN AMBULATOIRE**
- **PEU DE COMPLICATIONS**

