

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

CORRIGES

1- Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ?

Hernie salivaire sub-mandibulaire

Droite

D'étiologie lithiasique devant :

Episodes de colique salivaire : épisodes identiques, rythmés par les repas

Pas de signes inflammatoires ou infectieux

2- Qu'allez-vous rechercher à l'examen clinique pour confirmer le diagnostic ?

Inspection endobuccale :

Salive claire et

Aspect non-inflammatoire au niveau de l'ostium droit

Palpation de la tuméfaction bidigitale :

Masse sous mandibulaire non adhérente à la mandibule, recherche un calcul sur le trajet du canal du Wharton.

Examen dentaire : pas de foyer infectieux

Crise d'hypersialorrhée à la fin de la colique salivaire

Absence d'adénopathies

3- Quels sont les 2 examens complémentaires simples que vous réalisez ? Quels résultats en attendez-vous ?

Cliché occlusal antérieur : recherche d'un calcul radio-opaque (sur le trajet des 2/3 distal du canal de Wharton) homolatéral à la masse.

Panoramique dentaire : visualise mieux la partie proximale et d'éventuelles autres lithiases intra-glandulaires.

4- Quel est votre diagnostic ?

Sub-mandibulite (ou sous-maxillite) aiguë droite d'origine lithiasique

5- Quel traitement débutez-vous ?

Traitement médical ambulatoire.

Double antibiothérapie synergique bactéricide probabiliste, actifs sur les germes endobuccaux :

Amoxicilline 1gr x 3/j (en l'absence d'allergie aux B-lactamines) + metronidazole

500mg x 3/j

Antalgiques : paracétamol + codeïne

Antispasmodiques (spasfon° 2Cp x 3/j)

Sialogogues (Teinture de Jaborandi, Sulfarlem°, citron...)

Boissons abondantes et massages drainants de la glande dès la présence d'un écoulement à l'ostium de Wharton.

6- La patiente est très gênée par sa pathologie et est désireuse d'un traitement radical.

Que lui proposez-vous ? Quand ? Quels sont les risques dont la patiente doit être informée ?

Sub-mandibulectomie droite ou sous-maxillectomie
Sous anesthésie générale
Par cervicotomie ou par voie cutanée
Examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse

Quand ? : au minimum 6 semaines après la fin d'un épisode infectieux

Risques ? : lésion du rameau commissural du nerf facial
Lésion du nerf lingual (sensibilité des 2/3 antérieurs de la langue)
Lésion du nerf grand hypoglosse ou XII (motricité des muscles linguaux)
Ceux de l'anesthésie générale.
