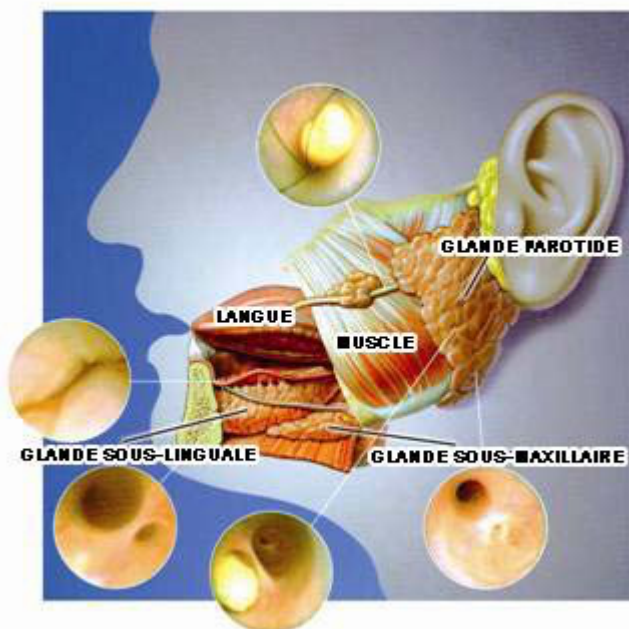


SIALENDOSCOPIE

1 - Introduction

La sialendoscopie est un examen des canaux des glandes salivaires.

La glande sous-mandibulaire est située sous la partie horizontale de la mandibule. La glande parotide se trouve sous le lobule de l'oreille et la partie inférieure du visage. Le rôle de ces glandes est de produire de la salive qui s'écoule dans des canaux excréteurs pour se vider dans la bouche, sous la langue pour les glandes sous-maxillaires, dans la joue en regard de la deuxième molaire pour les parotides.



2 - Indication opératoire

Les canaux salivaires peuvent être le siège de calculs (sialolithiases), de rétrécissements du canal (sténose) ou de processus inflammatoires (sialadénite et sialodochite). Une sialendoscopie peut être indiquée dans toutes ces pathologies qui empêchent l'écoulement normal de salive.

3 - Prise en charge par l'assurance-maladie

Cette intervention est prise en charge par votre assurance-maladie de base.

4 - Déroulement de l'intervention

Pratiquée sous anesthésie locale ou générale, la sialendoscopie peut être effectuée soit dans un but diagnostique soit dans un but thérapeutique.

La sialendoscopie débute par une dilatation de l'orifice du canal de la glande atteinte afin de permettre l'introduction du sialendoscope. Cet instrument permet l'exploration des canaux salivaires sous contrôle visuel et donc le diagnostic, ainsi que le traitement des pathologies canalaies. La progression du sialendoscope nécessite un rinçage continu pour dilater les canaux.

Les **calculs** de petites tailles peuvent être enlevés à l'aide de sondes à panier ou de pinces. Les calculs de grande taille doivent d'abord être fragmentés (laser, lithotrypsie...) avant d'être extraits par sialendoscopie.

Une **sténose** peut être traitée avec un sialendoscope de plus grande taille (dilatation sous contrôle optique), ou avec un ballon de dilatation. Un tuyau (stent) est parfois introduit au niveau de la sténose et laissé en place pendant quelques semaines.

En cas d'**inflammation chronique**, un rinçage intraglandulaire de cortisone et antibiotique pourra être effectué.

Lors de cas complexes de calculs ou de sténoses, une intervention mixte (associant endoscopie et chirurgie cervico-faciale) peut être envisagée. En cas de voie d'abord parotidienne, les risques sont les mêmes que ceux d'une parotidectomie (voir fiche parotidectomie). En cas de voie combinée sous-maxillaire, une incision du plancher buccal postérieur peut être nécessaire.

5 - Complications possibles de l'intervention

Tout acte médical et intervention sur le corps humain, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes à l'art et à la réglementation en vigueur, comporte un risque de complication.

Risques immédiats

La sialendoscopie est une intervention minimalement invasive. Les risques immédiats consistent principalement en une **tuméfaction importante** de la glande (dans le cou ou sur la joue), beaucoup plus

rarement en une infection ou un saignement. Une certaine tuméfaction de la glande opérée apparaît dans tous les cas, elle est due au liquide de rinçage utilisé durant l'intervention. Une **perforation** du canal est la complication la plus fréquente. En cas de perforation parotidienne, un pansement compressif sera appliqué. En cas de perforation sous-maxillaire, une ablation de la glande en urgence peut être exceptionnellement envisagée s'il y a une tuméfaction du cou.

Risques tardifs

Les risques principaux sont l'**échec** de la sialendoscopie, soit parce qu'il reste un fragment de calcul obstruant le canal, soit parce qu'une sténose récidive, soit parce que la glande n'est plus fonctionnelle et mérite tout de même une extraction. Cela se produit dans moins de 10 % des cas. Dans de rares cas, après dissection du plancher buccal, une **mucocele** (tuméfaction dans le plancher de la bouche) peut arriver et nécessiter une intervention.

Complications graves, mais exceptionnelles

Une **tuméfaction cervicale** due à une perforation peut conduire à l'ablation de la glande en semi-urgence. Très exceptionnellement, cette tuméfaction peut causer une obstruction des voies aériennes et nécessiter une trachéotomie en urgence.

6. Précautions à prendre avant l'intervention

- lisez attentivement ce document d'information et posez toutes vos questions au chirurgien;
- renseignez-vous sur le diagnostic exact et d'éventuelles autres modalités de traitement;
- donnez une liste des médicaments que vous prenez régulièrement, et en particulier **Aspirine, anticoagulants...**
- n'oubliez pas de signaler si vous avez déjà présenté des manifestations allergiques, en particulier médicamenteuses;
- apportez les documents médicaux en votre possession relatifs à cette intervention, notamment les examens radiologiques;
- une consultation d'anesthésie pré-opératoire est obligatoire. Il est de la compétence du médecin-anesthésiste de répondre à vos questions relatives à sa spécialité. Renseignez-vous sur les risques généraux dans votre cas;
- il ne faut ni boire ni manger plusieurs heures avant l'anesthésie. Cela vous sera précisé par votre anesthésiste et/ou votre chirurgien.

7. Après l'intervention

A l'hôpital:

- dès que vous serez suffisamment réveillé(e), vous serez transporté(e) dans votre chambre;
- un pansement autour de la tête et du cou pourrait être placé pendant quelques jours;
- signalez toute douleur significative à l'infirmier(ère); des antalgiques sont à votre disposition;
- signalez toute sensation de gonflement à l'intérieur de la bouche ou si vous avez de la peine à bouger la langue;
- l'alimentation (légère) peut être reprise dès le jour de l'opération, mais elle doit être molle et sans acides;
- vérifiez que vous prenez de nouveau vos médicaments habituels. Pour les médicaments tels qu'**Aspirine, anticoagulants...**, demandez l'avis de votre chirurgien;
- la durée d'hospitalisation peut varier de quelques heures à quelques jours en fonction de l'intervention.

A la maison:

- dans la semaine suivant l'opération, évitez tout exercice et effort importants;
- les fils dans la bouche sont résorbables, sauf ceux qui maintiennent le stent, qui sera enlevé 2 à 3 semaines après l'intervention;
- la durée de l'arrêt de travail et la fréquence des visites postopératoires seront déterminées par votre chirurgien;
- un rapport médical (lettre de sortie) sera envoyé à votre médecin traitant, dont vous pouvez demander copie

Contacts

Tél hôpital:

Tél du médecin:

Points essentiels pour le/la patient(e):

Type d'anesthésie:

Durée de l'intervention:

Durée de l'hospitalisation:

Temps de récupération:

Autre: