

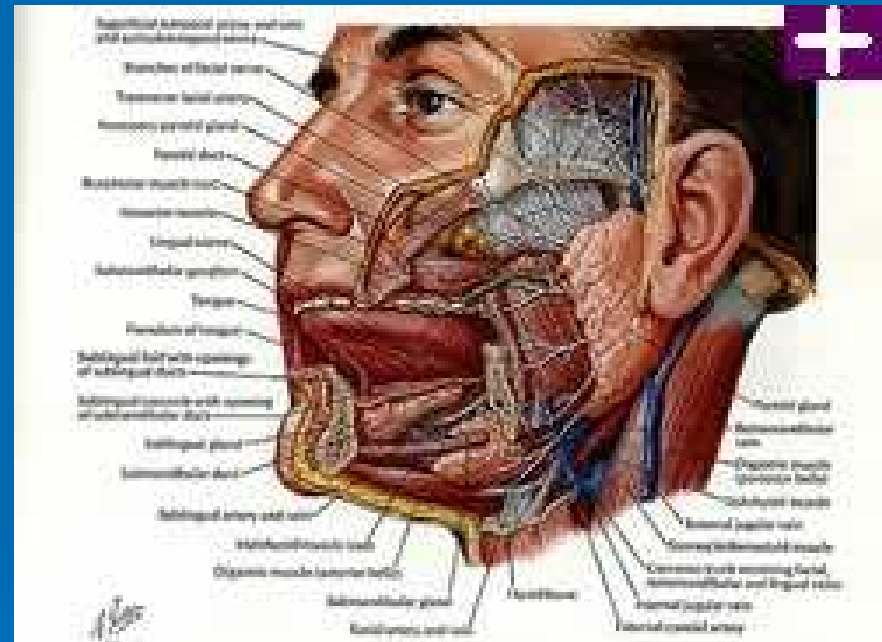
# Les parotidites chez l'enfant

Catheline Hocq  
Septembre 2006



# Rappel anatomique

- Située en arrière de la branche montante de la mandibule
- Au-dessous du CAE
- En avant des apophyses mastoïde et styloïde
- 2 lobes - paquet vasculo-nerveux (N. facial)
- Canal de Sténon – orifice en regard de la première molaire supérieure



# Diagnostic différentiel des parotidites chez l'enfant

- parotidite suppurative
- parotidite virale
- parotidite lithiasique surinfectée
- parotidite récurrente de l'enfant

# Parotidite suppurative

- ***période néonatale*** essentiellement  
(100 cas dans la littérature anglaise  
3.8 /100 000 nouveau-né dans un centre de  
néonatalogie anglaise)
- Enfants **> 10 ans**  
(75 cas dans la littérature anglaise)

# Facteurs favorisants

- Sexe masculin (3♂:1♀)
- **Prématurité (DH)**
- Stase sécrétoire (secondaire à une déshydratation ou à une anomalie du canal de Sténon congénitale ou acquise)
- Mauvaise hygiène buccale - infection locale (dentaire ou stomatite)
- Malnutrition
- Maladie ou médication diminuant la sécrétion salivaire

# Symptomatologie

- Gonflement (6/6\*), érythème (4/6\*), chaleur locale (4/6\*), douleur (6/6\*)
- Fièvre (4/6\*)
- **Sécrétion purulente au niveau du canal de Sténon (massage)**

\* Chiu CH, Lin TY : Clinical and microbiological analysis of six children with acute suppurative parotitis, *Acta paediatrica* 1996,

# Examens complémentaires

## ➤ Biologie :

Syndrome inflammatoire ( $\uparrow$ VS ) (4/4 \*)

Leucocytose neutrophile (5/5 \*)

Amylasémie (2/2 \*) (4/9\*\*)

## ➤ Bactériologie

➤ Echographie : augmentation de taille de la parotide  
image hypoéchogène de multiples petites lacunes

\* Chiu CH, Lin TY : Clinical and microbiological analysis of six children with acute suppurative parotitis, *Acta paediatrica* 1996,

\*\* Spiegel R, Miron D, Sakran W, Horovitz Y : Acute neonatal suppurative parotitis : case reports and review

# Principaux germes en cause

- **Staphylocoque doré** (55% \*\*) (8/36\*\*\*),  
staphylocoque coag négative (22%\*\*) )
- **Streptocoque viridans** (surtout lors d'infection polymicrobienne), streptocoque pyogenes, Peptostreptocoque (5/36\*\*\*)
- Bacilles gram négatif (16%\*\*) )
- **Anaérobies** (bactéroïdes : 6/36\*\*\*)

73% (11/15\*\*\*) producteurs de beta-lactamase

\*\* Spiegel R, Miron D, Sakran W, Horovitz Y : Acute neonatal suppurative parotitis : case reports and review

\*\*\* Brook I, Frazier EH, Thompson DH : Aerobic and anaerobic microbiology of acute suppurative parotitis. *Laryngoscope* 1991.



# Complications

- Abscès
- Paralysie du nerf facial
- Fistule salivaire
- Extension CAE

# Traitement

- 7/10 jours
- Antibiothérapie initiale préconisée chez le nouveau-né :
  - empirique : oxacilline et gentamycine ou céfotaxime
  - ou basée sur examen direct :
    - si gram + : pénicilline pénicillinase résistante (oxacilline)
    - Si gram - : aminoglycoside ou céfotaxime

# Parotidite virale

- Oreillons essentiellement
  - Infection symptomatique chez 70% des sujets atteints
  - Incidence (OMS : 100 - 1000 cas/100 000 habitants/an)
- Échovirus
- Coksackie
- CMV

# Symptomatologie

- Aspect piriforme du visage
- Consistance ferme et élastique
- Bilatéralité
- Glandes sous-maxillaires et sub-mandibulaires également atteintes - oreillons(10% des sujets atteints)
- Fièvre
- Asthénie
- Douleur pharyngée
- otalgie

# DD entre parotidites virale et bactérienne

## Virale

- Âge (pré)scolaire
- Prodromes généralisés
- Bilatéralité

## Bactérienne

- Nouveau-né
- État septique
- Unilatérale le plus souvent

# DD (Suite)

## virale

- Infection hématogène
- Rougeur et chaleur cutanée rare
- Sécrétion claire du Sténon

## Bactérienne

- Infection le plus souvent rétrograde
- Rougeur et chaleur cutanée
- Sécrétion purulente du Sténon

# Parotidite lithiasique surinfectée

- Très rare chez l'enfant :
  - Dans la littérature de 1893-1970 : 21 cas de sialolithiase chez enfants
  - Dans la littérature actuelle :  
Étude japonnaise de 1990 : 30 cas de sialolithiase dont 10% localisé dans la parotide.

# Symptomatologie

- Tuméfaction de la glande
- Douleur au début des repas
- Caractère familial



# Examens complémentaires

- Radiographie sans préparation :  
calcifications : lithiase radio-opaque ou  
ggl calcifié
- échographie : image hyperéchogène :  
calcification (visible à pd 1-2 mm)
- Fibroscopie : lithiase radio-transparente

# Traitement

- Endoscopie
- Lithotripsie extra-corporelle
- chirurgie

# Parotidite récurrente de l'enfant

- Rare
- Episodes récurrents de tuméfaction et douleur parotidienne ( $\geq 3$  poussées)
- 1/3 des tuméfaction parotidienne, parotidite ourlienne exclue
- Age de développement : 2-15 ans avec 2 pics : 2-5 ans /10 ans
- 1.5♂ / 1♀

# Etiologie

- Inconnue
- Hypothèses :
  - immune – mise en cause du système MALT
  - Congénital
  - Infectieuse (virale – oreillons ne semble pas être impliqué)
  - Facteurs allergiques

# Histopathologie

- Dilatation et sténose des canaux distaux avec inflammation périductulaire (< flux salivaire réduit)
  
- Examen histologique : 3 stades
  1. Parenchyme régulier avec dilatation des canaux entouré d'un léger processus inflammatoire (lympho et plasmocytes)
  2. ↑ inflammation péricanalaire avec follicules lymphoïdes
  3. Destruction de la structure lobulaire du parenchyme avec prolifération lymphocytaire et ↑ diamètre des canalicules

# Symptomatologie

- Tuméfaction (100%\*)
- Douleurs (92.5%\*)
- Fièvre (41.5%\*)
- Absence de pus
- Durée des épisodes aigus : 2-7 jours
- Fréquence moyenne : 8 épisodes/an

\* Leerdam CM, Martin HC, Isaac D : Recurrent parotitis of childhood, *J Paediatric Child Health*, 2005 (étude portant sur 53 enfants)

# Examens complémentaires

## ➤ Echographie :

Dilatation des canaux (81% des patients)

Avec aspect en pommier dans les  
parotidites récurrentes de longue évolution

# EC (suite)

➤ Sialographie (thérapeutique)

Injection rétrograde par l'ostium

Possible à pd 4 ans

Lipiodol : antiseptique

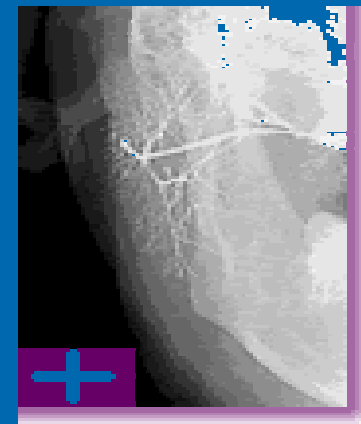
puissant → rémissions

Identifie les dilatations et sténoses

Exclusion des lithiases

Image en grains de plomb ou pommier japonais

Réalisée en dehors d'un épisode infectieux





# EC (suite)

➤ RMN : alternative à la sialographie

Images des structures liquides après stimulation avec acide ascorbique

Pas de produit de contraste

Peut-être utilisé durant les épisodes aigus

➤ Scintigraphie :  
excrétion retardée

# Traitement

- Antibiothérapie en phase aiguë ?
- Antisepsie buccale au long cours
- Désinfection par lavage in situ
- Éradiquer les foyers infectieux locaux
- Dilatation des sténoses par endoscopie, lavage, injection d'antibiotiques localement
- Glucocorticoïde et immunosuppresseur dans les stades précoces ?
- Parotidectomie dans les cas sévères (stade 3)

# Evolution - pronostic

- Généralement : inflammation résolue à la puberté
- Durée de la maladie : 3 mois à 25 ans \*

- \* Ussmuller J, Donath K : Clinical, histopathologic and immunohistochemical studies of chronic sialectatic parotitis in childhood and adolescence, *Klin Padiatr.*, 1999 (étude portant sur 22 enfants ayant Parotidite récurrente)





# DD parotidomégalies

- Anorexie mentale après 6 mois à 1 an d'anorexie → 7 ans après la fin de l'anorexie (1 anorexique / 5) : bilatéralité, indolore
- Boulimie + vomissements
- Parotidomégalies essentielles :
  - Origine familiale
  - Obésité
  - Mangeurs excessifs de pains

# DD (suite)

- Pseudo parotidite emphysémateuse de l'enfant : bilatéralité + emphysème sous-cutané. Absence de fièvre et signes infectieux – contexte psychologique
- Association au VIH

# DD (suite)

- Tumeurs de la loge parotidienne :
  - Affections congénitales : lymphangiome kystique, angiome et hémolympangiome, malformation de la 1ère fente branchiale, pilomatrixome
  - Tumeurs solides salivaire bénigne ou maligne