

INTRODUCTION

Les corps étrangers intraparotidiens sont des entités très rares. Ils peuvent atteindre la glande parotidienne soit par voie transcutanée après un traumatisme pénétrant de la région parotidienne, soit par voie endobuccale [1]. Leur méconnaissance peut entraîner des complications parfois graves, justifiant l'importance d'un diagnostic précoce.

Nous rapportons le cas d'un corps étranger intraparotidien inhabituel : une arête de poisson.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient âgé de 42 ans, se présentant pour une tuméfaction sous-lobulaire droite douloureuse et fébrile. Dans ses antécédents, le patient était suivi pour un adénocarcinome du côlon et suivait un régime alimentaire pauvre en viande rouge et riche en poissons (environ trois repas de poisson par semaine). L'anamnèse a révélé l'apparition d'une douleur aiguë 2 à 3 jours après un repas riche en poisson, suivie de douleurs intermittentes exacerbées lors des repas. Une semaine plus tard, la douleur s'est aggravée, devenant pulsatile et insomnante. La tuméfaction était diffuse, sans contours nettement définis, douloureuse et chaude à la palpation. En intra-buccal, l'orifice du canal de Sténon était légèrement inflammatoire et exsudait de petites quantités de pus (figure 1).



Figure 1 – Tuméfaction jugale droite chez un patient de 42 ans.

L'échographie a montré, au niveau du lobe superficiel de la glande parotide droite, une lésion hypoéchogène oblongue mal limitée contenant une structure linéaire hyperéchogène centimétrique, sans cône d'ombre postérieur, associée à une infiltration du parenchyme parotidien adjacent. La tomodensitométrie a révélé une fine structure linéaire hyperdense (67 HU), mesurant 10 mm de longueur, enchâssée dans le lobe superficiel de la parotide droite, évoquant fortement la présence d'un corps étranger (figure 2).



Figure 2 – a) Image échographique montrant une lésion hypoéchogène oblongue au niveau de la parotide. b) Image scannographique montrant une structure linéaire hyperdense au sein du lobe superficiel de la parotide droite.

Le patient a été amené au bloc opératoire où il a bénéficié, sous anesthésie locale, d'une extraction du corps étranger. Le geste s'est déroulé comme suit : une incision sous-lobulaire d'environ 1,5 cm a été réalisée, suivie d'une dissection plan par plan jusqu'à l'arrivée au lobe superficiel de la parotide. Une petite collection purulente d'environ 1 cc a été drainée. À l'aide de la palpation digitale, l'arête de poisson a été localisée puis retirée délicatement, tout en surveillant la mimique faciale. Un lavage au sérum bétadiné a ensuite été effectué, suivi d'une suture plan par plan. Les suites opératoires ont été simples (figure 3). Les contrôles post-opératoires à J5, J15 et J30 étaient sans particularités, avec une bonne cicatrisation de la plaie.

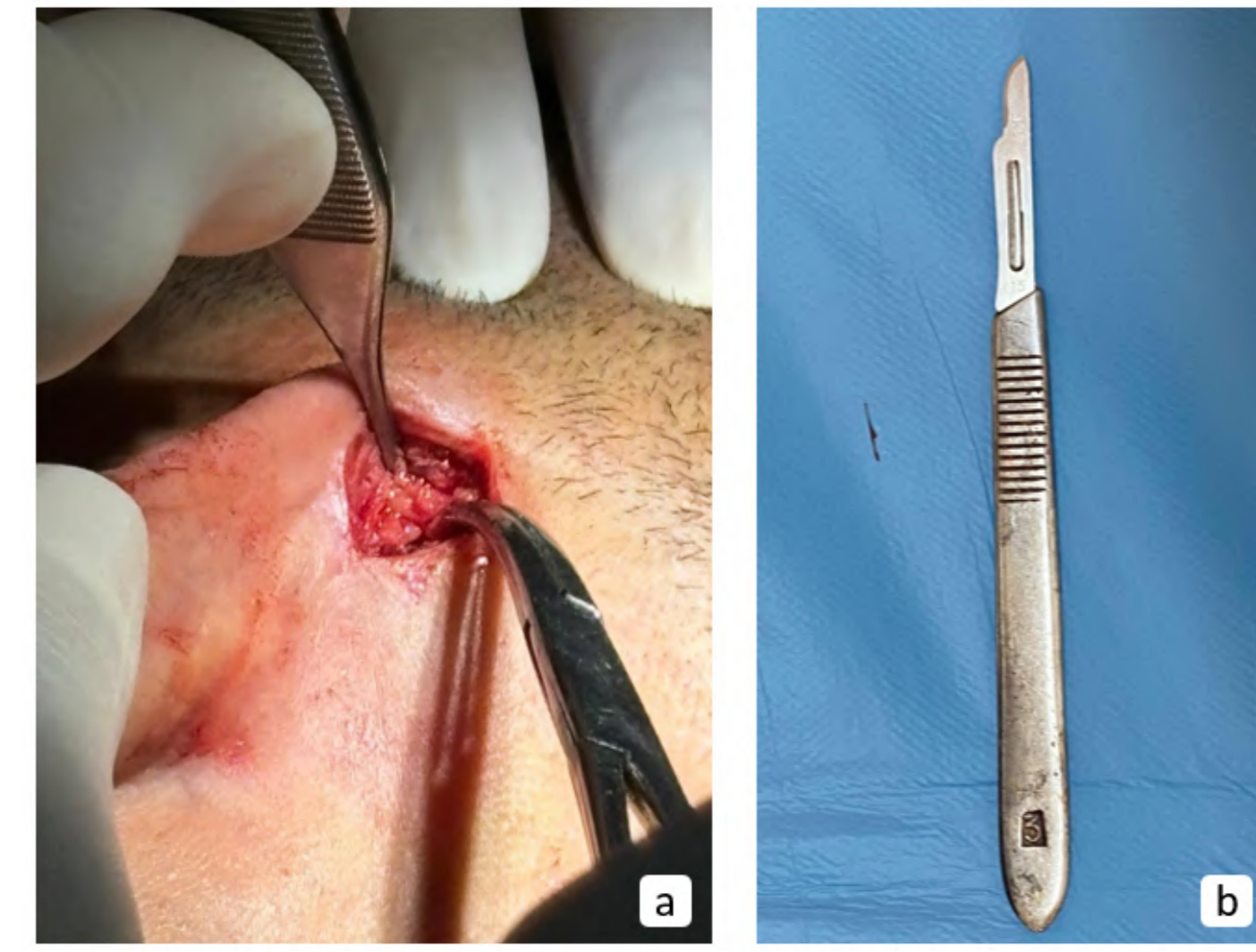


Figure 3 – a) Incision sous-lobulaire réalisée. b) Arête de poisson extraite.

DISCUSSION

Le corps étranger intraparotidien est une entité rarissime. Il peut être secondaire à un traumatisme pénétrant de la région, atteignant la glande à travers la peau, ou résulter d'une migration rétrograde d'un objet ingéré à travers le canal de Sténon ou l'espace parapharyngé [1,2]. Dans notre observation, il est plus probable que l'arête de poisson ait été introduite à partir de l'espace parapharyngé puis ait migré rétrogradement dans la parotide sous l'effet des mouvements des muscles de la déglutition et de la joue, jusqu'à se loger dans le lobe superficiel de la glande. Toutefois, l'hypothèse d'un passage à travers le canal de Sténon ne peut être totalement exclue.

La présentation clinique est souvent peu contributive ; cependant, les examens paracliniques présentent un intérêt majeur. La radiographie standard constitue un examen de débrouillage, mais reste limitée en cas de corps étranger radiotransparent. L'échographie, simple mais opérateur-dépendante, garde sa place dans le diagnostic des corps étrangers superficiels. La tomodensitométrie demeure l'examen de choix, permettant à la fois le diagnostic positif et la localisation précise du corps étranger. L'IRM est généralement réservée aux cas compliqués ou diagnostiqués tardivement, en raison de son coût élevé et de son accessibilité limitée [3].

Les corps étrangers peuvent entraîner des complications infectieuses et inflammatoires des tissus environnants et être responsables de sialadénite, de kystes salivaires, de fistules salivaires ou de la formation d'abcès. Cela a été rapporté dans la littérature : Danforth et Brown [4] ont décrit un cas ayant nécessité l'ablation de la glande submandibulaire en raison d'un écoulement purulent persistant dans l'espace submandibulaire causé par un petit fragment d'herbe. Tov et al. [5] ont également rapporté un cas de fistule cutanée secondaire à des graines de tournesol.

Ceci est confirmé par notre observation, où un abcès s'est développé dans les tissus environnants dans les jours suivant l'accident. Ces données soulignent qu'il s'agit d'une urgence diagnostique et thérapeutique nécessitant l'extraction immédiate et complète du corps étranger.

Les techniques chirurgicales d'extraction des corps étrangers parotidiens comprennent l'extraction endoscopique ainsi que les voies d'abord intra-orale ou cutanée. Le choix de la technique dépend de la localisation et de la forme du corps étranger, ainsi que de la présence d'une infection associée. La préservation du nerf facial constitue une préoccupation majeure.

CONCLUSION

Bien que rares, les corps étrangers parotidiens ne doivent pas être méconnus, il s'agit d'une urgence diagnostique et thérapeutique car non pris en charge à temps expose à des complications redoutables et à des gestes excessifs qu'on pouvait éviter par un simple interrogatoire policier et une imagerie adaptée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Nakagawa H, Kimura H, Junicho M, Watanabe Y. Unusual parotid gland foreign body. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1999 Dec 15;51(3) :191-4. doi : 10.1016/s0165-5876(99)00267-0. PMID : 10628547.
2. Matsuo T. Acute suppurative parotitis caused by a fish bone : a case report. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1997;26 :54
3. Krimmel M, Cornelius CP, Stojadinovic S, Hoffmann J, Reinert S. Wooden foreign bodies in facial injury : a radiological pitfall. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2001 ;30 :445-447.
4. M.B. Danforth, A.K. Brown, A foreign body aetiology of pharyngo-maxillary space abscess, *Laryngoscope* 73 (1963) 1485-1492.
5. Y.S. Tov, Y. Talmi, Y. Zohar, N. Laurian, Facial cutaneous fistule due to a foreign body in Wharton's duct, *J. Laryngol. Otol.* 102 (1988) 370-371.