

Images in medicine

Hypertrophie bilatérale du canal du Wharton révélatrice d'un Syndrome de Gougerot Sjögren

Naziha Khammassi^{1,*}, Imen Souissi¹

¹Service de Médecine Interne, Faculté de médecine de Tunis, Hôpital Razi 2010, La Manouba, Tunisie

*Corresponding author: Naziha Khammassi, Service de Médecine Interne, Faculté de médecine de Tunis, Hôpital Razi 2010, La Manouba, Tunisie

Key words: Syndrome de Gougerot Sjögren, hypertrophie des glandes sous maxillaires, hypertrophie des canaux de Wharton

Received: 03/10/2015 - Accepted: 16/10/2015 - Published: 21/10/2015

Pan African Medical Journal. 2015; 22:170 doi:10.11604/pamj.2015.22.170.8103

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/22/170/full/>

© Naziha Khammassi et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Image en médecine

Le canal de Wharton draine les sécrétions de la glande sous-maxillaire. Les étiologies de la dilatation de ce canal sont nombreuses: mégacanaux salivaires idiopathiques, lithiase salivaire, dilatation canalaire résultant d'une sténose tumorale ou traumatique et calcinose salivaire. Cette dernière est due à la présence de multiples concrétions parenchymateuses bilatérales dans un groupe de glandes. Il existerait une relation entre calcinose et Syndrome de Gougerot Sjögren (SGS). Patiente de 55 ans sans antécédents pathologiques notables était hospitalisée pour exploration d'une hypertrophie du canal de Wharton et une sécheresse buccale et oculaire évoluant depuis un an. L'examen somatique notait une hypertrophie des glandes sous maxillaires, une hypertrophie des canaux de Wharton surtout à droite sans calcul palpable sur leur trajet et l'orifice de Wharton était libre. Le reste de l'examen était sans particularités. La scintigraphie salivaire montrait une perfusion et une captation faible des glandes parotides et sous maxillaires, cet aspect est en faveur d'un syndrome sec. L'échographie cervicale était sans anomalies. Le bilan immunologique (anticorps

antinucléaires, anti SSA, anti SSB, facteur rhumatoïde) était positif. Le «Break up time» (BUT) était altéré à 3" en faveur d'une xérophtalmie. La biopsie des glandes salivaires accessoires objectivait une sialadénite stade III de Chisholm confirmant le diagnostic du SGS et la patiente a été mise sous traitement symptomatique.



Figure 1: Hypertrophie du canal de Wharton