

**UNIVERSITE JEAN MONNET**

**FACULTE DE MEDECINE**

**Jacques LISFRANC**

**LABORATOIRE D'ANATOMIE**

**15 rue Ambroise Paré**

**42 Saint-Etienne.**

**Année 2008 - 2009**

**DIPLOME UNIVERSITAIRE  
D'ANATOMIE APPLIQUEE  
A L'IMPLANTOLOGIE**

**Mémoire Présenté par**

**Mme Le Docteur Béatrice Tornier**

**Titre du Mémoire**

**Étapes de dissection sur tête fraîche en vue de la mise en évidence du  
nerf facial et de ses rapports parotidiens.**

**Directeur du Mémoire**

**Monsieur le Professeur André MORIN**

**UNIVERSITE JEAN MONNET**

**FACULTE DE MEDECINE**

**Jacques LISFRANC**

**LABORATOIRE D'ANATOMIE**

**15 rue Ambroise Paré**

**42 Saint-Etienne.**

**Année 2008 - 2009**

**DIPLOME UNIVERSITAIRE  
D'ANATOMIE APPLIQUEE  
A L'IMPLANTOLOGIE**

**Mémoire Présenté par**

**Mme Le Docteur Béatrice Tornier**

**Titre du Mémoire**

**Étapes de dissection sur tête fraîche en vue de la mise en évidence du  
nerf facial et de ses rapports parotidiens.**

**Directeur du Mémoire**

**Monsieur le Professeur André MORIN**



# SOMMAIRE

## 1. Introduction

## 2. Matériel et méthodes

- 2.1. Matériel
- 2.2. Méthodes

## 3. Résultats

- 3.1. Décollement du lambeau cutané et premier abord visuel
- 3.2. Dissection du plan graisseux de la joue.
- 3.3. Localisation de la glande parotide
  - a) Situation anatomique
  - b) Histologie et physiologie
  - c) Le canal de Stenon
- 3.4. Dissection de l'aponévrose parotidienne
- 3.5. Recherche de l'émergence postérieure du nerf facial
  - a) Recherche du ventre postérieur du muscle digastrique
  - b) Mise en évidence du nerf facial sur le bord postérieur de la glande parotide
    - Anatomie du nerf facial
    - Rôles du nerf facial
    - Iconographie de mise en évidence du nerf faciale après sa bifurcation intra-parotidienne
- 3.6. Autres éléments anatomiques mis en évidence dans la région temporo parotidienne
  - a) L'artère maxillaire interne
  - b) Le plan veineux
  - c) La veine temporale superficielle

## 4. Intérêt de la connaissance de cette zone parotidienne dans la pratique de la dentisterie au cabinet

- 4.1. Généralités
- 4.2. Diagnostics différentiels

## 5. Conclusion

# 1. INTRODUCTION :

La région parotidienne est une région complexe au niveau de la sphère oro-faciale. Elle abrite de nombreux éléments vasculaires, nerveux et glandulaires qui revêtent une importance dans l'exercice du chirurgien dentiste de façon directe ou indirecte.

Cette région parotidienne apparaît d'autant plus complexe que tous ses éléments anatomiques sont intimement imbriqués les uns dans les autres.

Nous présenterons un abord possible de dissection sur tête fraîche permettant de mettre en évidence du plan superficiel cutané aux plans profonds de la loge parotidienne les éléments anatomiques rencontrés et, au fur et à mesure de leur dissection, nous effectuerons un rappel histologique, anatomique et physiologique.

Le but de cette étude est de :

- découvrir plan par plan la complexité de la région parotidienne de façon didactique à l'aide principalement de photographies de dissection.
- De comprendre l'importance de la connaissance de cette loge parotidienne, en particulier du fait du passage du nerf facial.

# 2. MATERIEL ET METHODES

## 2.1. Matériel utilisé :

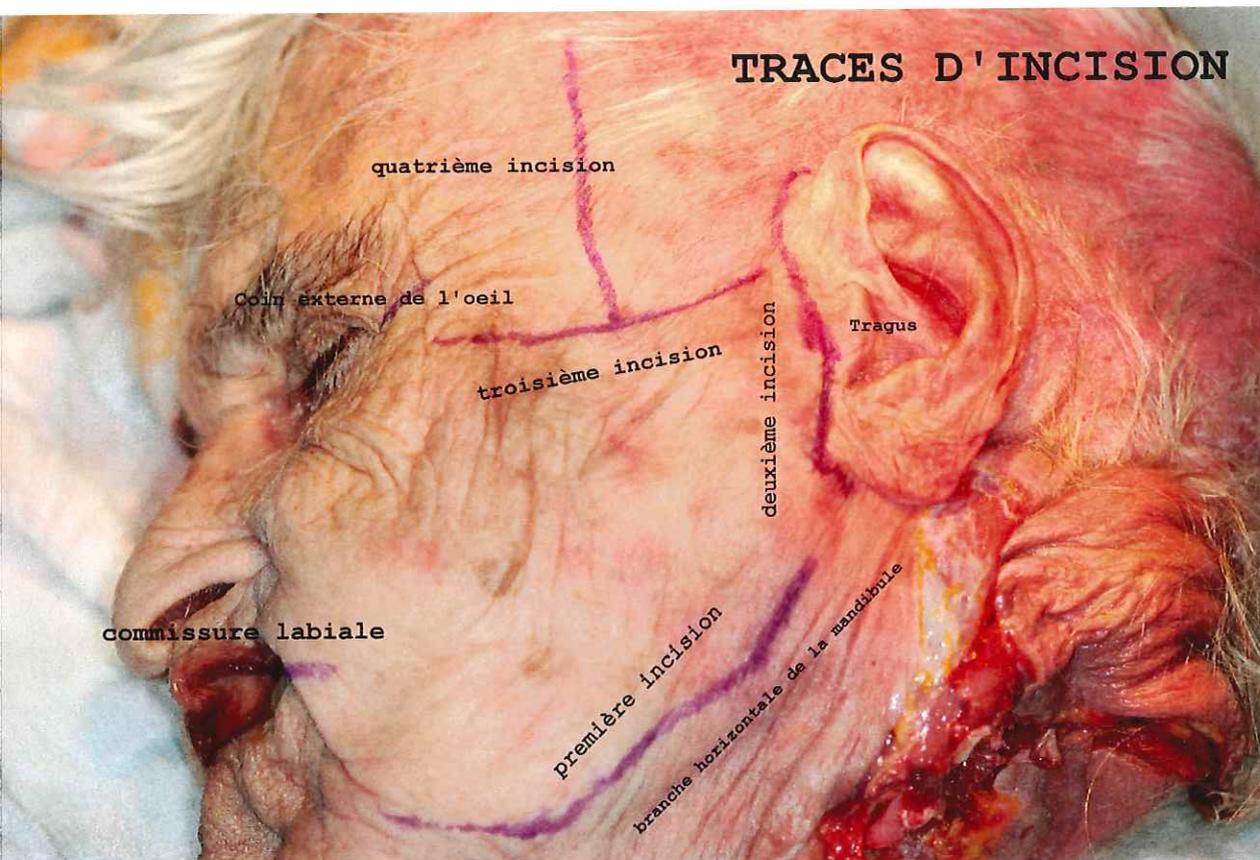
- Manche de bistouri et lames
- ciseaux à disséquer droits, à bouts pointus
- ciseaux à disséquer droits, à bouts ronds
- ciseaux à disséquer courbes, à bouts ronds de type Metzenbaum
- pince à disséquer, sans griffes
- pince à clamber
- une tête fraîche d'un sujet féminin âgé.

## 2.2. Méthodes :

La dissection est entamée par une voie d'abord externe cutanée de la face gauche de la joue. L'incision à la lame de bistouri est strictement cutanée, sans rechercher un contact osseux ou musculaire et en

maintenant intact le plan grasseux sous cutané.

- a) *Une première incision* est réalisée de l'angle mandibulaire en suivant vers l'avant le rebord externe de la branche horizontale de la mandibule. L'incision est poursuivie vers l'avant en remontant au niveau de la zone prémolaire vers la commissure labiale.
- b) *Une deuxième incision* est pratiquée en partant de l'angle mandibulaire et en remontant vers le crâne, en longeant verticalement et vers le haut le tragus de l'oreille. Un « S » est pratiqué au niveau de la région pré-tragienne. On prendra soin de conserver un appui cartilagineux dans cette région.
- c) *Une troisième incision* est réalisée en partant du haut de l'attache de l'oreille vers le coin externe de l'oeil en suivant le rebord supérieur de l'arcade zygomatique.
- d) Enfin, une *quatrième incision verticale* de décharge est réalisée en partant du milieu de la troisième incision et en remontant verticalement vers le sommet du crâne. Cette incision permettra de mettre en évidence les éléments vasculaires superficiels ascendants passant par la région rétro stylienne.

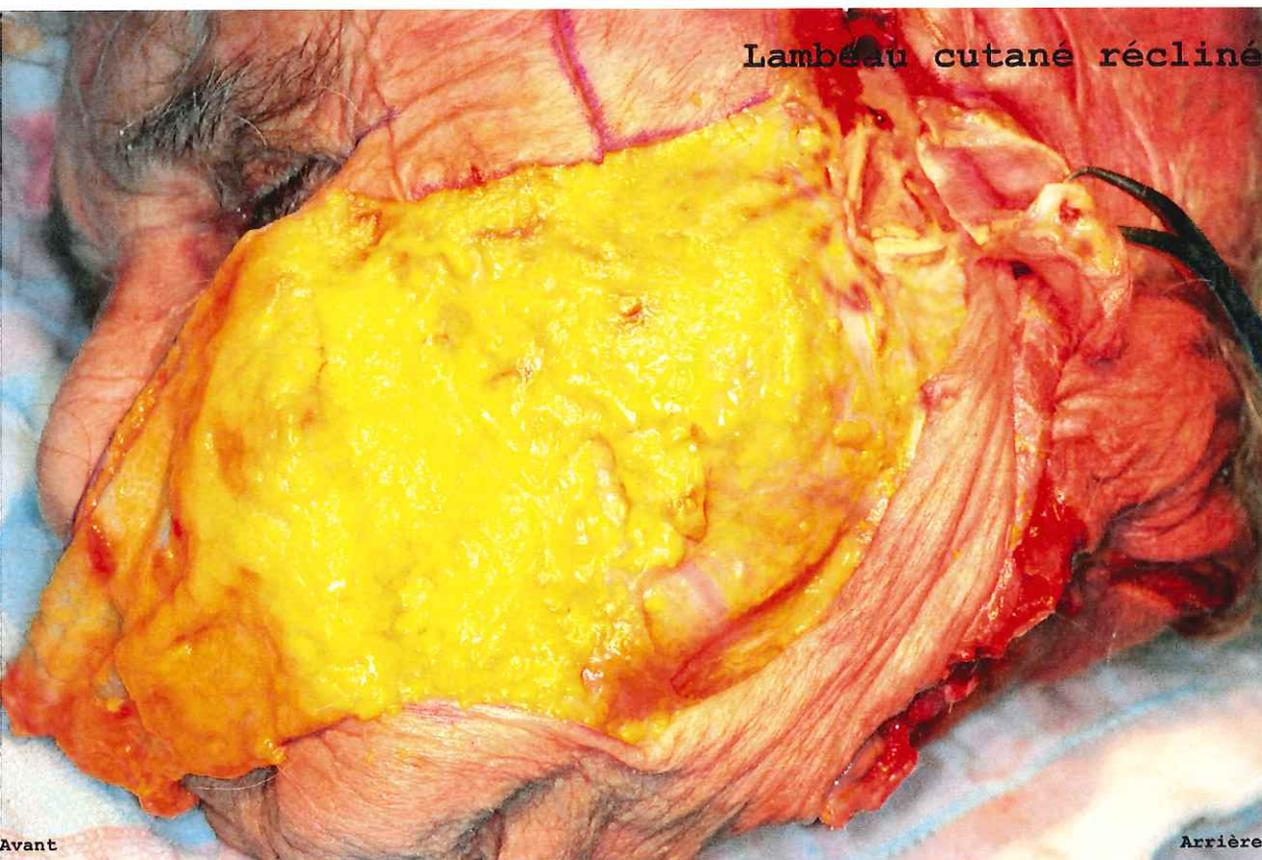


### 3. Résultats :

#### 3.1. Décollement du lambeau cutané et premier abord visuel

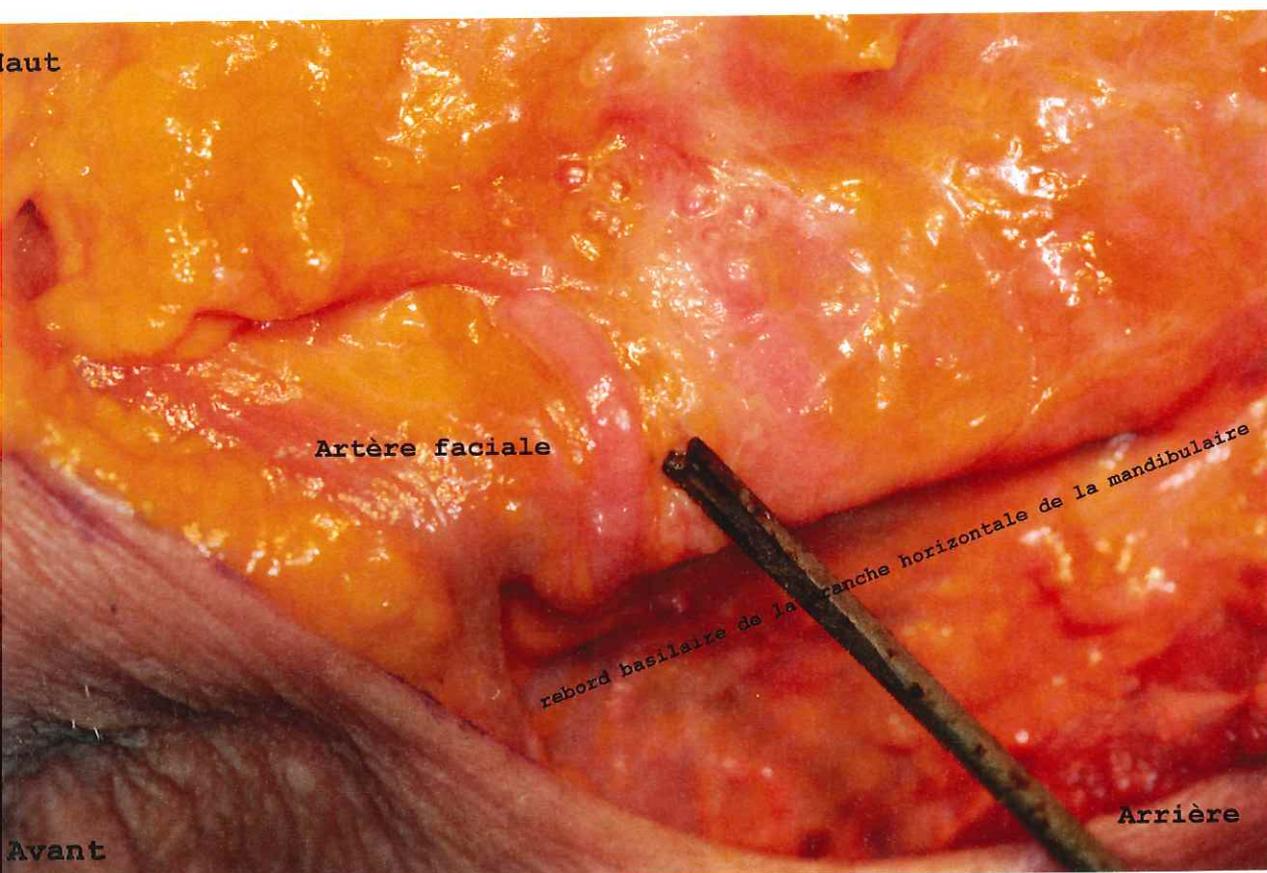
Le revêtement cutané est décollé des plans inférieurs à l'aide de pinces à disséquer et d'une lame de bistouri. Lorsque le plan cutané est mobilisé, il est régulièrement soulevé et récliné vers l'avant de la tête.

En arrière, l'oreille est incisée sur sa partie antérieure, au niveau du conduit auditif externe pour être réclinée vers l'arrière du crâne. Elle sera maintenue dans cette position avec une pince à clamper de façon à élargir le champ visuel et permettre une meilleure investigation de l'émergence du nerf facial. La peau sera disséquée avec prudence dans cette zone. Le cartilage du conduit auditif externe sera disséqué avec un ciseau de Metzenbaum.



### 3.2. Dissection du plan graisseux de la joue:

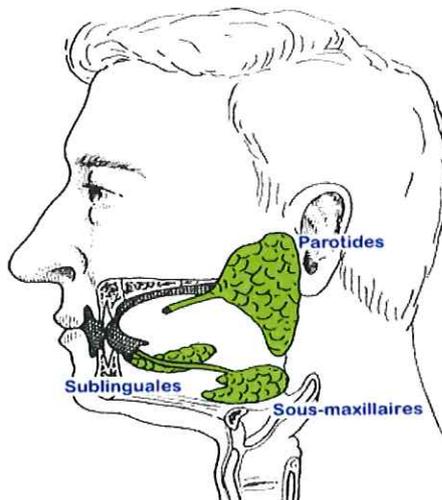
- Il s'agit d'un plan musculo-cellulo- graisseux dans lequel circulent les vaisseaux faciaux, le conduit parotidien, les branches terminales antérieures du nerf facial et des muscles peauciers. L'éviction de ce plan graisseux sera doux et progressif afin de ne pas détériorer d'éléments anatomiques sous-jacents.
- Cette dissection se fera selon trois directions principales :
  - Vers l'avant de la joue : en prenant soin de ne pas léser les branches terminales du nerf facial qui deviennent grêles et très superficielles au fur et à mesure que l'on se rapproche du bord antérieur de la glande parotide.
  - En bas, en suivant la branche horizontale de la mandibule. En direction antérieure, l'éviction du plan graisseux permettra de mettre en évidence d'emblée l'artère faciale (branche de l'artère carotide externe) qui croise le rebord basilaire de la branche horizontale de la mandibule, juste en avant du rebord antérieur du muscle masséter.
  - En arrière de la branche verticale de la mandibule, en remontant à partir de l'angle mandibulaire vers le conduit auditif externe; il sera alors possible de dégager l'espace rétro-mandibulaire et commencer le repérage de l'émergence du nerf facial.



### 3.3. Localisation de la glande parotide

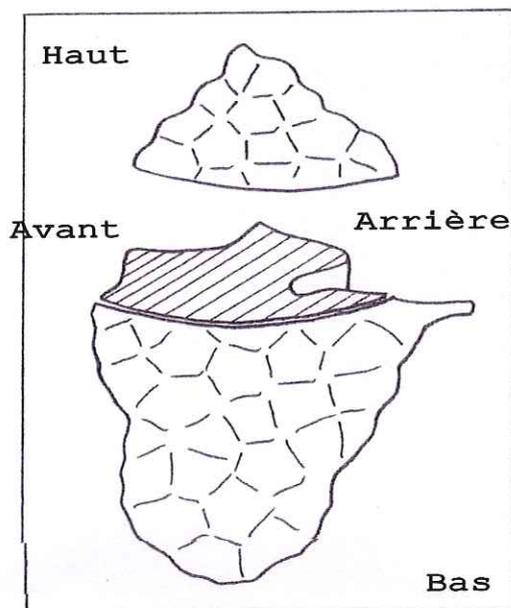
#### a ) situation anatomique :

- Il s'agit de la glande salivaire la plus volumineuse et principale de la cavité buccale. Elle occupe la loge parotidienne située en arrière de la branche montante mandibulaire. De coloration jaune ocre ou rosée, c'est une glande en grappe, lobulée, nappée d'une enveloppe fine fibreuse qui lui adhère étroitement : la capsule propre.
- La glande parotide est située :
  - en arrière de la région ptérygo -maxillaire
  - en dehors de la région para-amygdalienne ou sous parotidienne antérieure.



- au dessus et en arrière de la région sous maxillaire ou sus hyoïdienne latérale.
- La forme de la glande parotide est modelée par la loge qui la contient.
- Les limites de cette loge sont bien définies :
  - × en dehors, l'aponévrose cervicale superficielle et le plan cutané
  - × en dedans, le diaphragme stylien et les espaces parapharyngés
  - × en avant, la branche montante de la mandibule, l'articulation temporo-mandibulaire et le muscle masséter
  - × en arrière, le conduit auditif externe, les apophyses mastoïde et styloïde, le muscle sterno-cléïdo-mastoïdien.

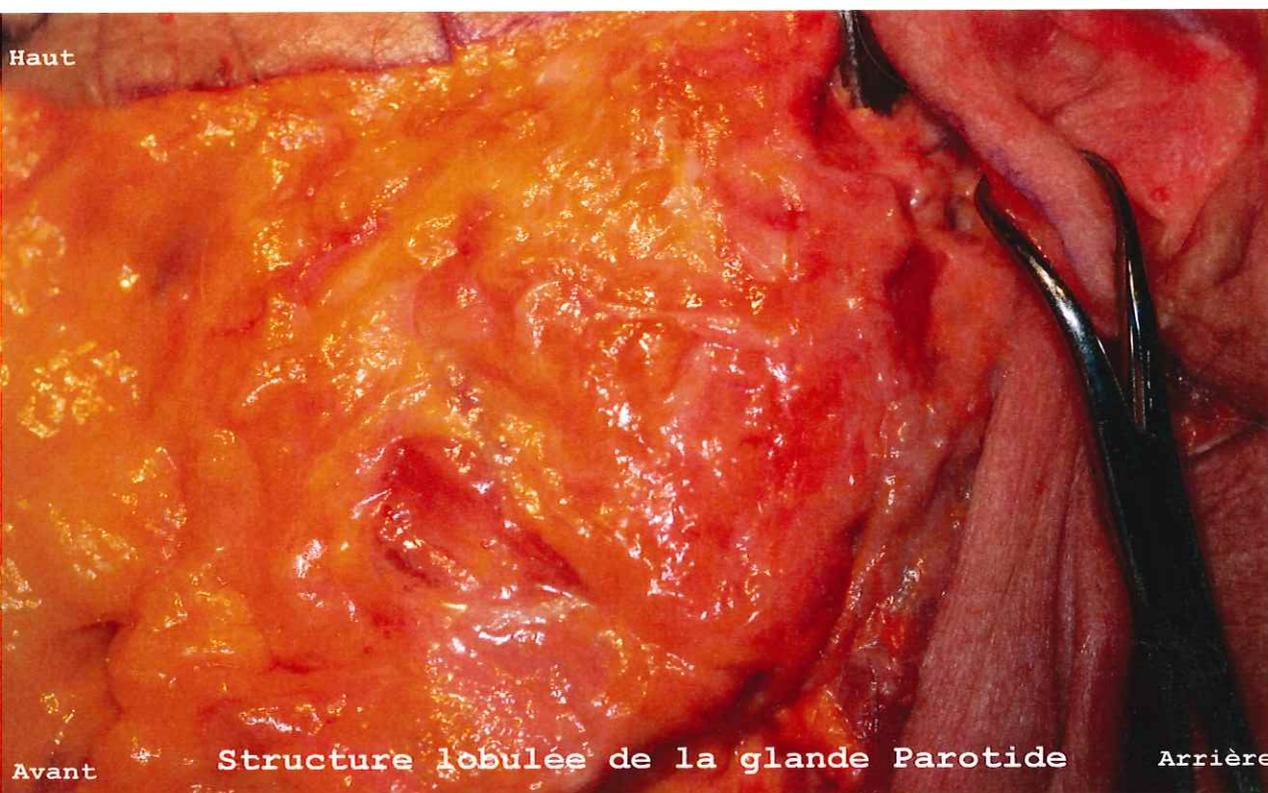
- La loge parotidienne communique avec la région latéro-pharyngienne par l'espace pré-stylien.
- On décrit la glande parotide comme une pyramide triangulaire à base sous-cutanée. Elle comporte un grand axe vertical et présente trois faces (antéro-interne, postéro-interne, externe), trois bords (antérieur, interne pharyngé, postérieur) et deux pôles (supérieur et inférieur).
- La parotide émet plusieurs prolongements inconstants dont deux ont une importance en pathologie :
  - × le prolongement massétéрин, superficiel, situé en avant du muscle masséter
  - × le prolongement pharyngien, profond, qui s'insinue dans l'espace pré-stylien, présent chez la moitié des sujets
- Il est possible de considérer qu'elle présente 2 entités non structurales : une partie superficielle de la glande salivaire est latérale au nerf facial, et l'autre partie profonde est médiale au nerf facial et en contact avec les parties profondes de la loge.



- Sa fixité est assurée par :
  - les vaisseaux et nerf qui la traversent
  - par les adhérences que la parotide entretient avec le plan externe sous-cutané latéralement, avec la face postérieure de l'articulation temporo mandibulaire en arrière et enfin avec le bord antérieur du muscle sterno-cléïdo mastoïdien.

## b) Histologie et physiologie

- La glande parotide est une des trois glandes salivaires principales de la cavité buccale. C'est une glande exocrine tubulo-acineuse à sécrétion séreuse. Elle est responsable de la production de salive. Comme toute glande exocrine elle possède donc un canal excréteur et une portion sécrétrice.
- Les acinis sont de nature séreuse strictement au niveau de la parotide. Ils sont regroupés en lobules et/ou microlobules, séparés par des espaces conjonctifs qui apportent la vascularisation et l'innervation. Les acinis sont drainés par des canaux intralobulaires de petite taille. Les canaux intercalaires se déversent dans des canaux de 2ème ordre spécifiques des glandes salivaires : les canaux striés. Ces canaux striés sont eux même drainés par de volumineux canaux collecteurs qui aboutissent au canal excréteur principal de la glande, le canal de Stenon. Il met de ce fait la parotide en relation directe avec la cavité buccale:
  - en y déversant une salive contenant des sels minéraux parfois générateurs de processus lithiasiques
  - en ouvrant une voie à des infections ascendantes créant des parotidites
  - en servant d'orifice d'injection de produit de contraste lors d'une scialographie



c) Le canal de Stenon :

- Né de la réunion intraglandulaire de plusieurs racines, le canal émerge au bord antérieur de la glande à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, en règle à 15 mm en dessous de l'arcade zygomatique. Sa naissance se fait soit par un tronc unique qui émerge du lobe profond, soit par deux racines qui partent du lobe profond et superficiel. Il se dirige en avant et horizontalement sur la face latérale du muscle masséter. Il mesure environ 6 cm de long et 2 à 3 mm de diamètre. Il décrit un trajet en baïonnette dans la région massétérine. Il se réfléchit au niveau antérieur du bord antérieur du muscle masséter et oblique médialement pour se mouler sur la masse adipeuse de la Boule de Bichat. Puis il perfore le muscle buccinateur et s'ouvre dans la cavité buccale en regard des collets de la 1ère ou 2ème molaire supérieure.
- L'orifice buccal du canal de Stenon en forme de fente, parfois situé sur une saillie papillaire (comme vu sur la photo) est de petite taille.
- Le canal a des parois épaisses et il roule sous les doigts comme « un fil de fouet ».

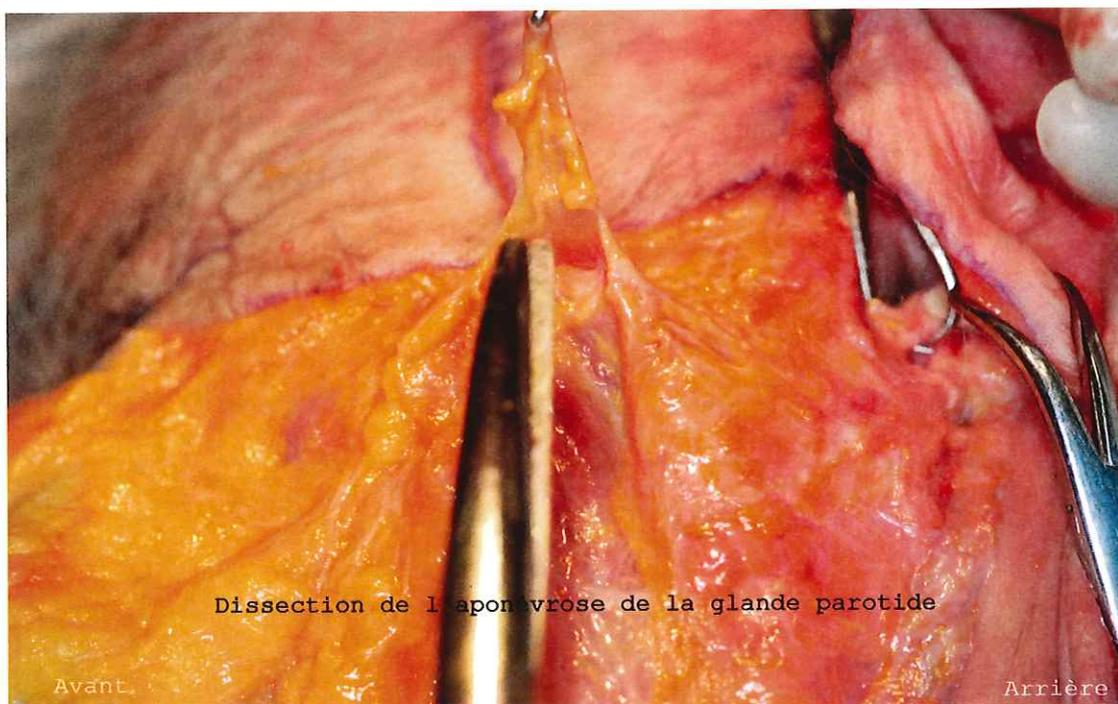




### 3.4 Dissection de l'aponévrose parotidienne

La dissection de cette aponévrose permet par la suite d'assurer l'exérèse pratiquement lobule par lobule de la glande parotide sus faciale, de façon à pouvoir rechercher les branches terminales du nerf facial.

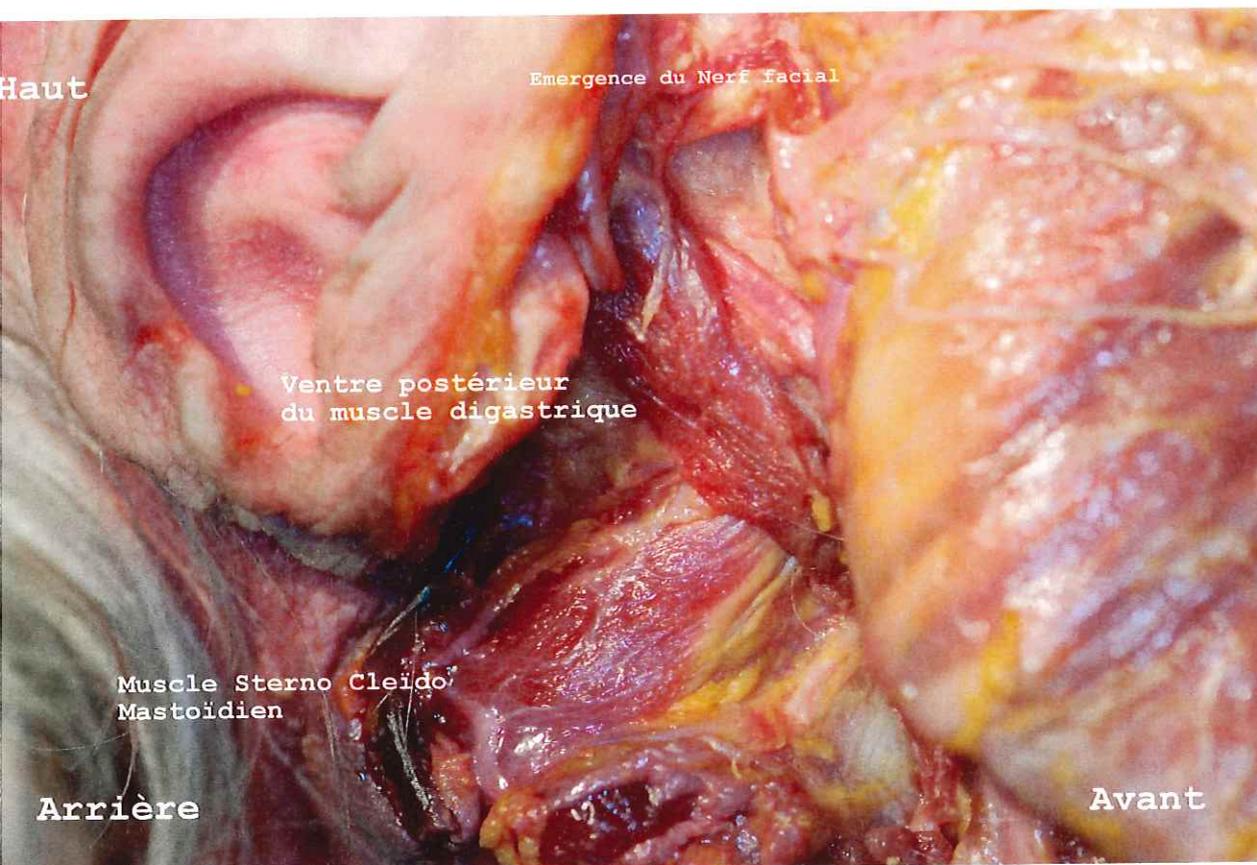
La poursuite de cette dissection s'exécute par la recherche impérativement d'arrière en avant du nerf facial. Tout d'abord au niveau de son tronc principal postérieur, ou bien lors de sa première bifurcation en 2 branches principales.



### 3.5 Recherche de l'émergence postérieure du nerf facial.

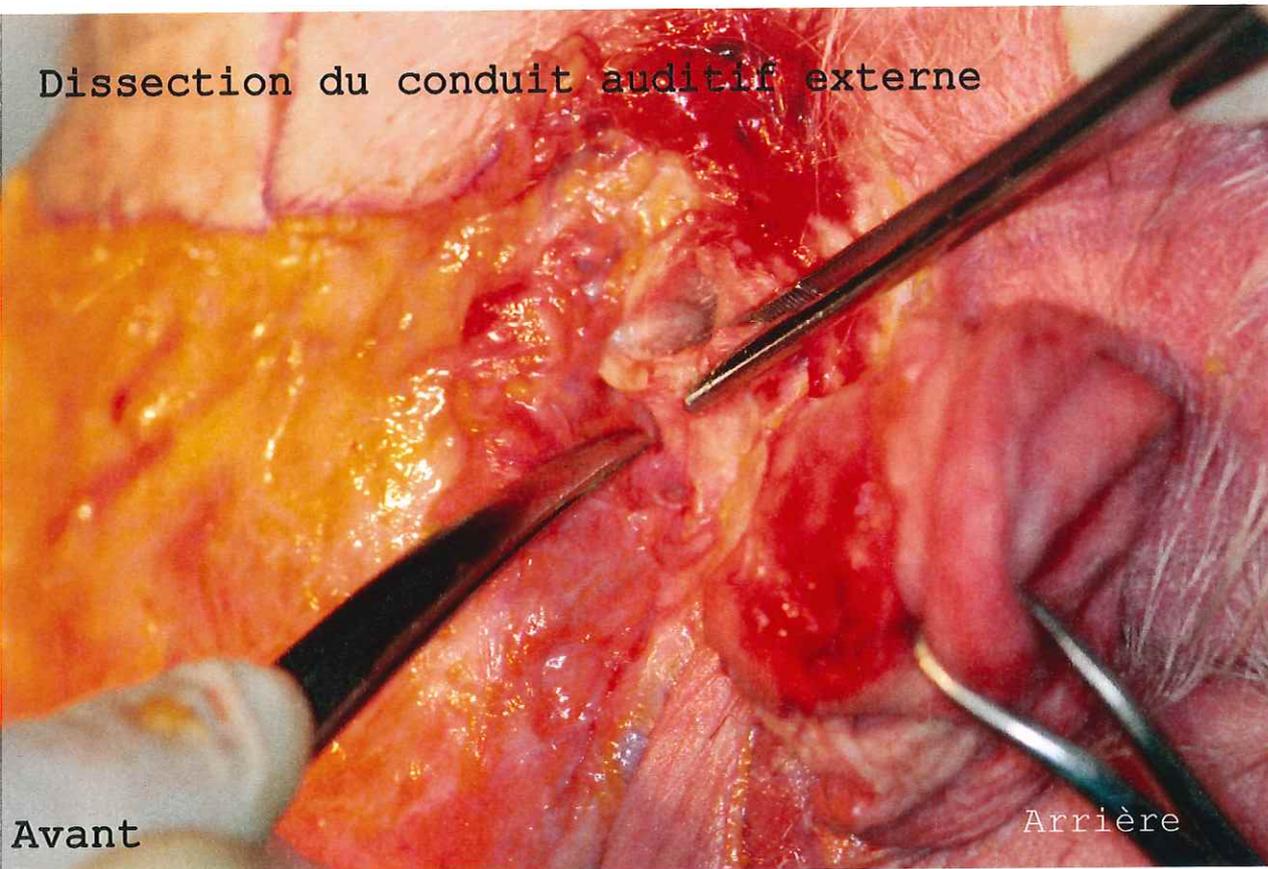
#### a- Recherche du ventre postérieur du digastrique

- × Ventre postérieur du digastrique constitue une sorte de « berceau » amenant le nerf facial dans la loge parotidienne. Sa recherche et la libération de la face ventrale du ventre postérieur du digastrique permet de rejoindre son insertion quasi basi-crânienne toute proche du trou stylo-mastoïdien d'où émerge le tronc du nerf facial.



La poursuite de la dissection se fera dans l'espace rétro-mandibulaire , en direction du conduit auditif externe, en remontant le long de la branche montante de la mandibule. Le conduit auditif externe sera disséqué avec précaution en particulier dans sa zone inférieure, à la recherche des deux principales branches du nerf facial : la branche temporo faciale et la branche cervico faciale.

## Dissection du conduit auditif externe



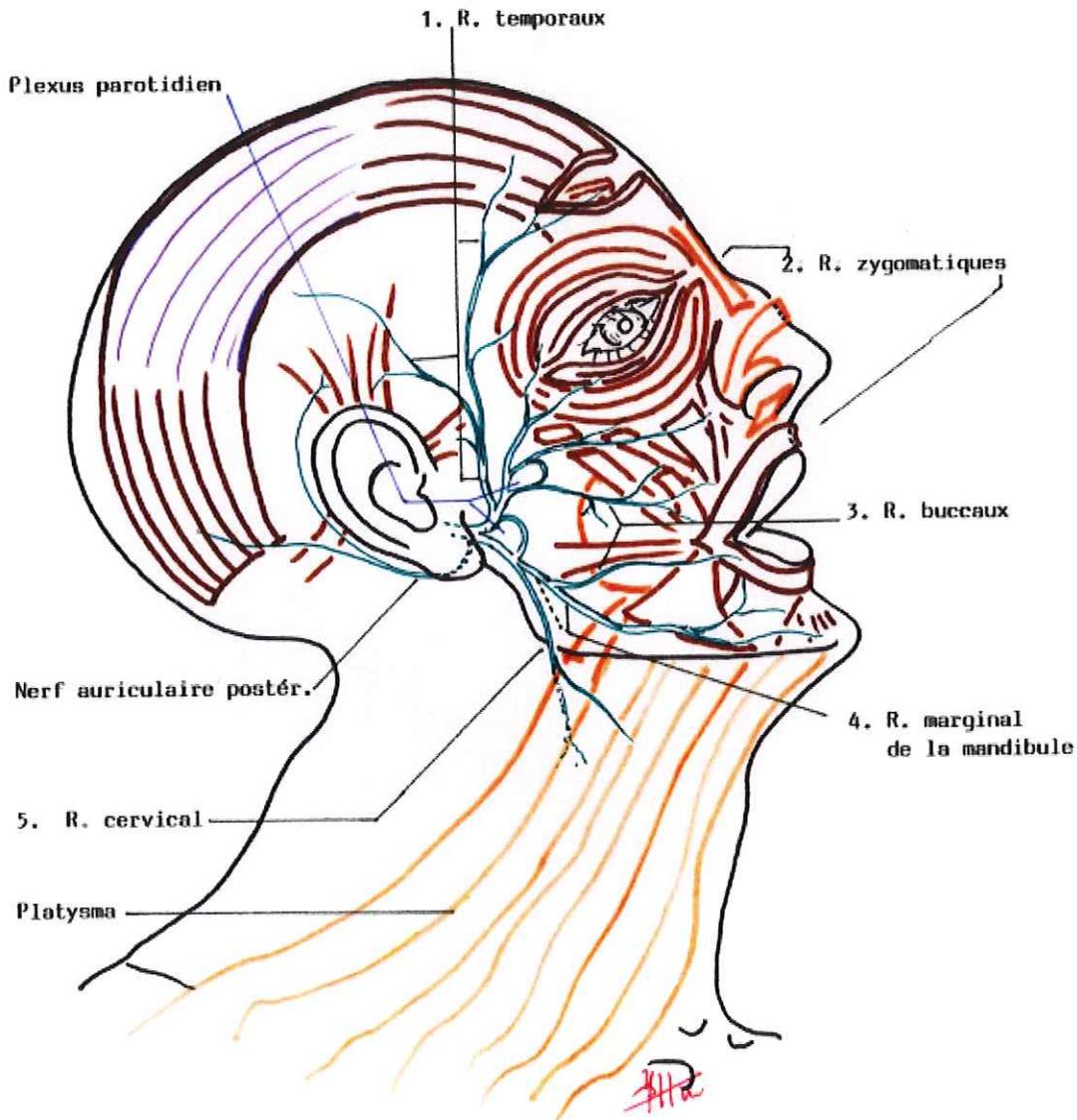
### b - Mise en évidence du nerf facial sur le bord postérieur de la glande parotide.

- Anatomie du nerf facial :
  - × Le nerf facial est constitué par 3 nerfs anastomosés entre eux: Le nerf facial (VIIème paire des nerfs crâniens), le nerf auriculo-temporal et les rameaux du plexus cervical superficiel.
  - × Le nerf facial sort de la boîte crânienne par le trou stylo-mastoïdien et pénètre dans la loge parotidienne dans la partie supérieure du triangle stylo-digastrique, c'est à dire entre l'apophyse styloïde en dedans et le digastrique en dehors.
  - × Il présente un très court trajet rétro-glandulaire. C'est dans ce premier trajet qu'il donne 3 branches :
    - l'anse anatomique du glosso-pharyngien (Haller) ou rameau lingual quand cette anse n'existe pas.
    - le rameau auriculaire postérieur
    - les nerfs des muscles stylo hyoïdiens et digastriques (ventre postérieur).



Schéma des ramifications terminales du nerf facial d'après  
Monsieur le  
Professeur NGUYEN HUU (Fac. Med. Brest)

RAMIFICATIONS du NERF FACIAL VII



LE VII INNERVE LES MUSCLES SUPERFICIELS ("Mm. PEAUCIERS")  
DE LA FACE (Mm. de la MIMIQUE) et du COU (Platysma)

- Les rameaux terminaux forment un plexus intra-parotidien qui clive la glande salivaire en deux parties : une partie sus faciale latérale et une autre plus médiale sous faciale. Les rameaux terminaux quittent la parotide le long de son bord antérieur.
- Les branches cervico-faciale inférieure et temporo-faciale supérieure seront localisées dans un premier temps lors de la dissection, et la progression de leur dissection devra se faire d'arrière en avant et mettra en évidence les branches terminales intra-parotidiennes du nerf facial.



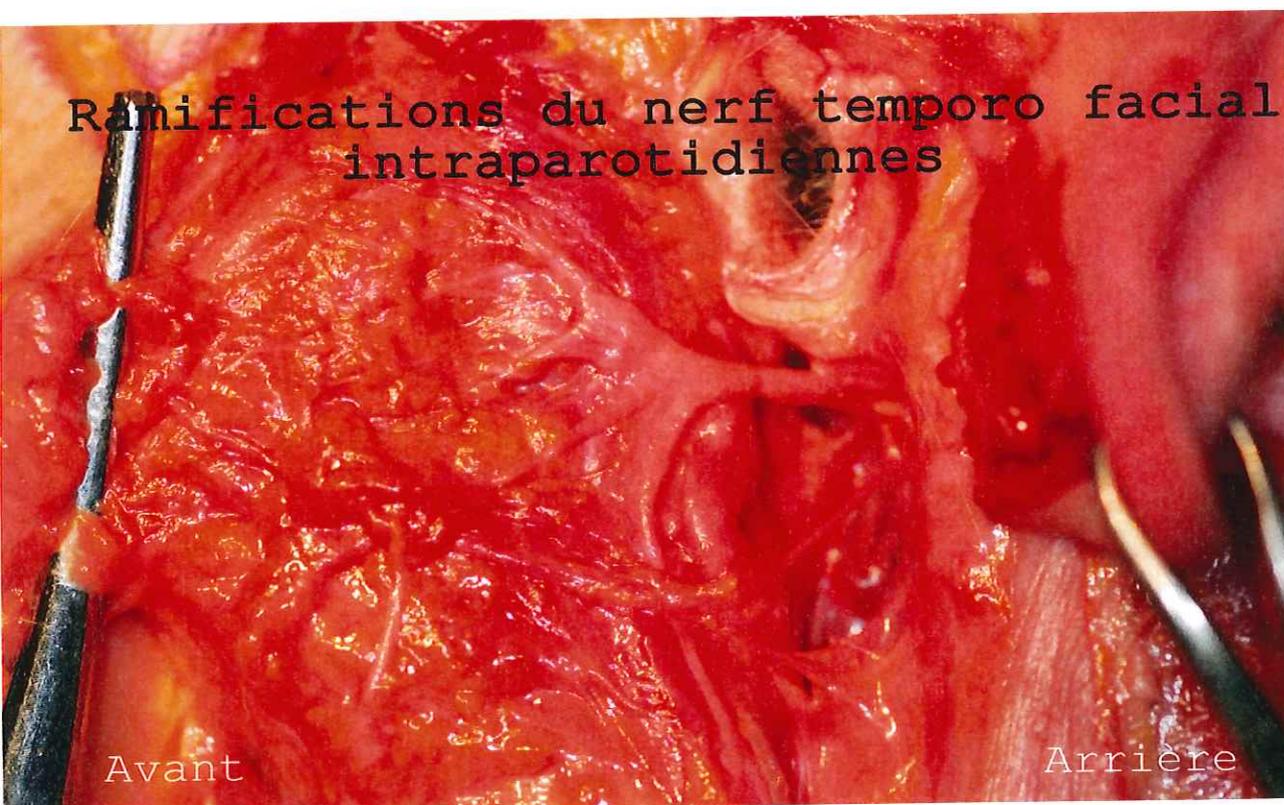
- Rôles du nerf facial :
  - x **moteur** : au niveau des muscles de la face et du muscle stapédien (muscle de l'oreille moyenne)
  - x **sensitif** au niveau de la zone de Ramsay-Hunt (tympan, conduit auditif externe, conque du pavillon de l'oreille et
  - x **gustatif** au niveau des deux tiers antérieurs de la langue
  - x **végétatif** en assurant l'innervation viscéro-motrice des glandes sous-maxillaires et submandibulaires.

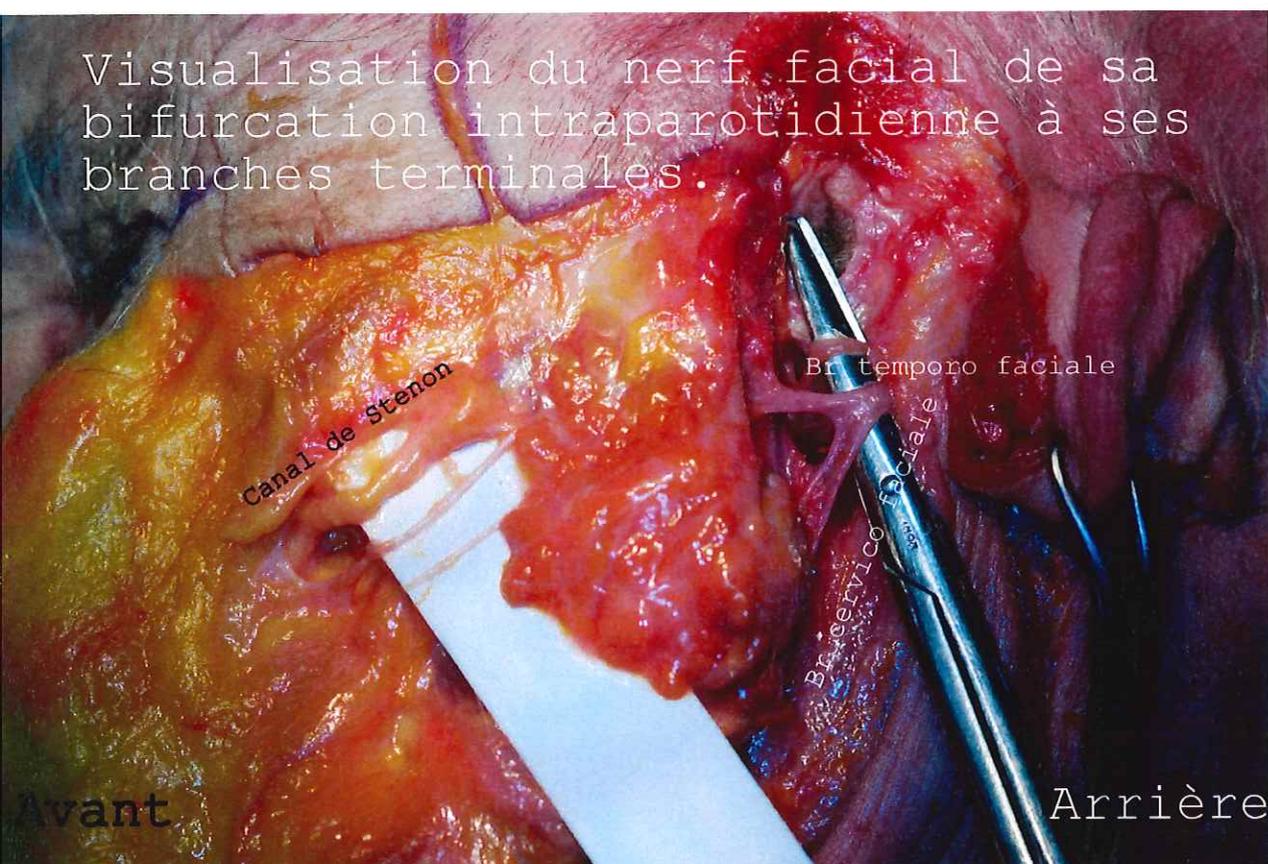
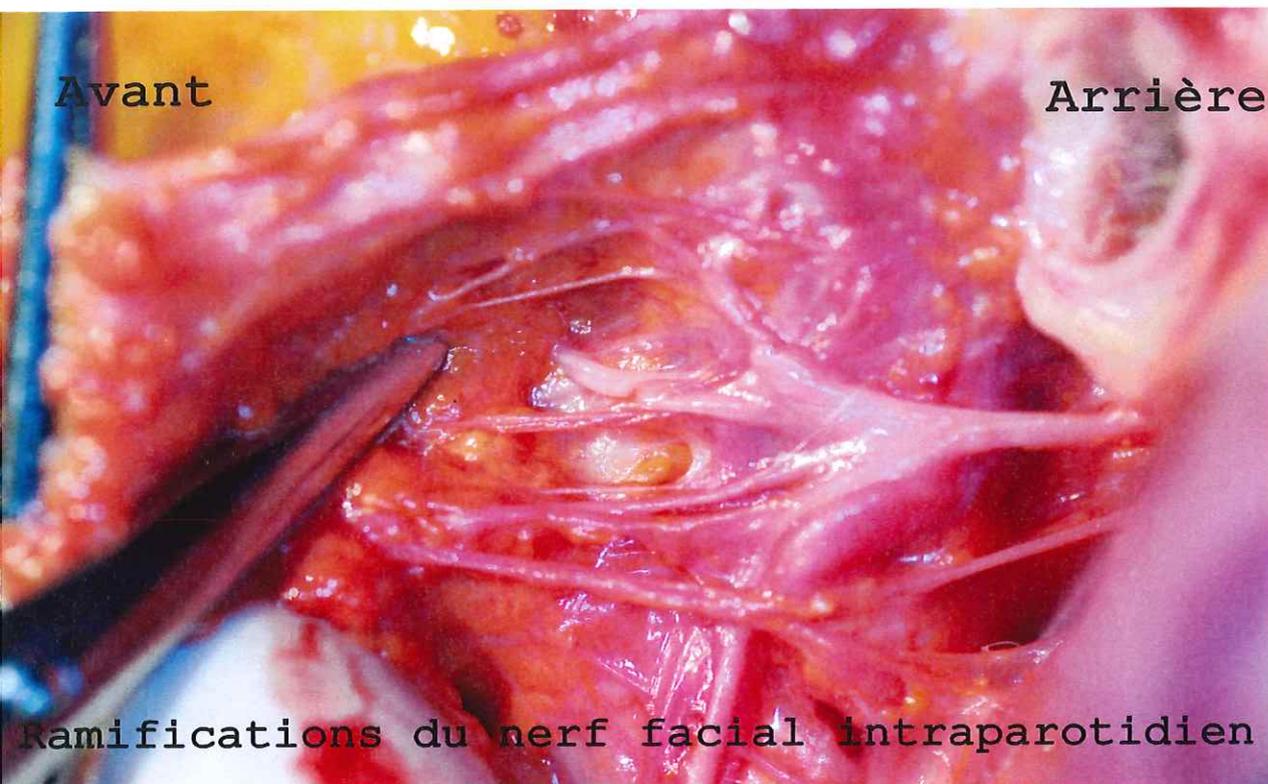
- Iconographie de mise en évidence du nerf facial après sa bifurcation intra-parotidienne :

Dissection des branches terminales  
intra parotidiennes  
à partir du repérage de la bifurcation  
du nerf facial



Ramifications du nerf temporo facial  
intraparotidiennes

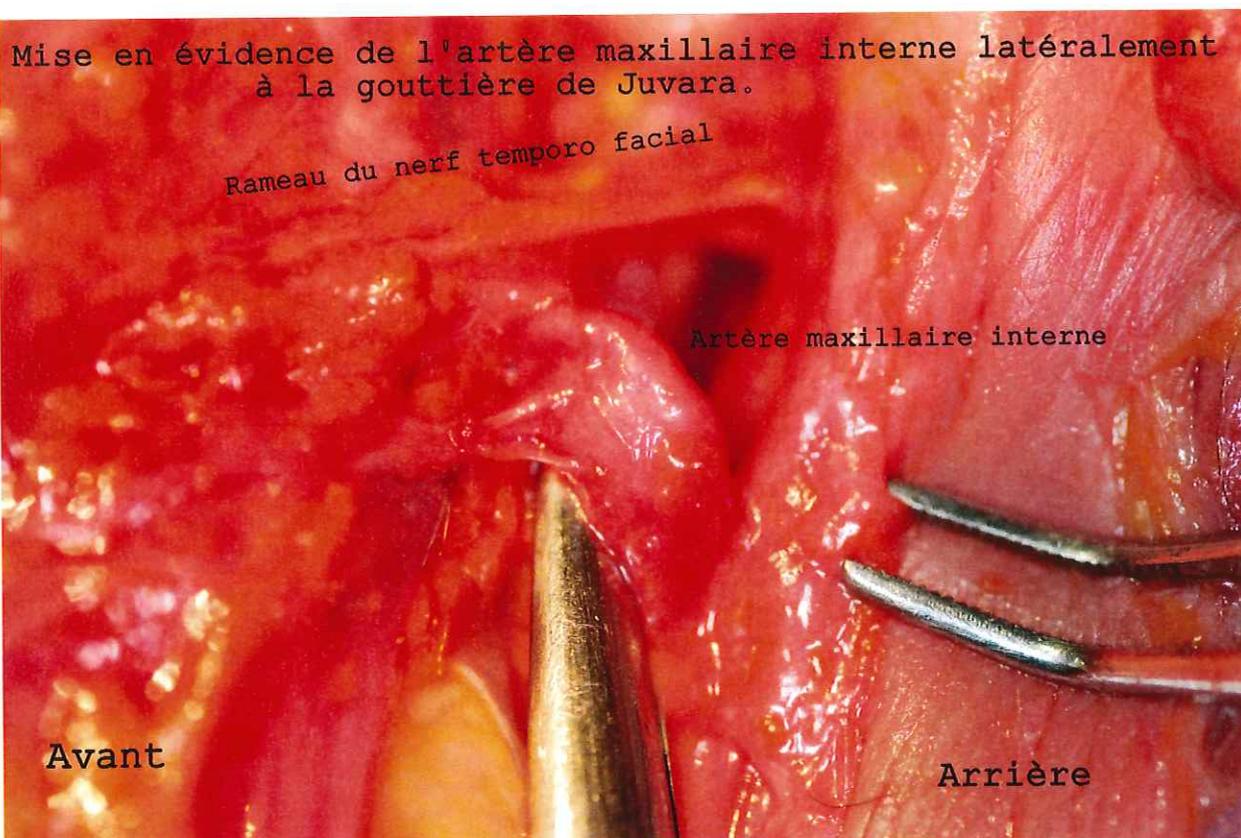




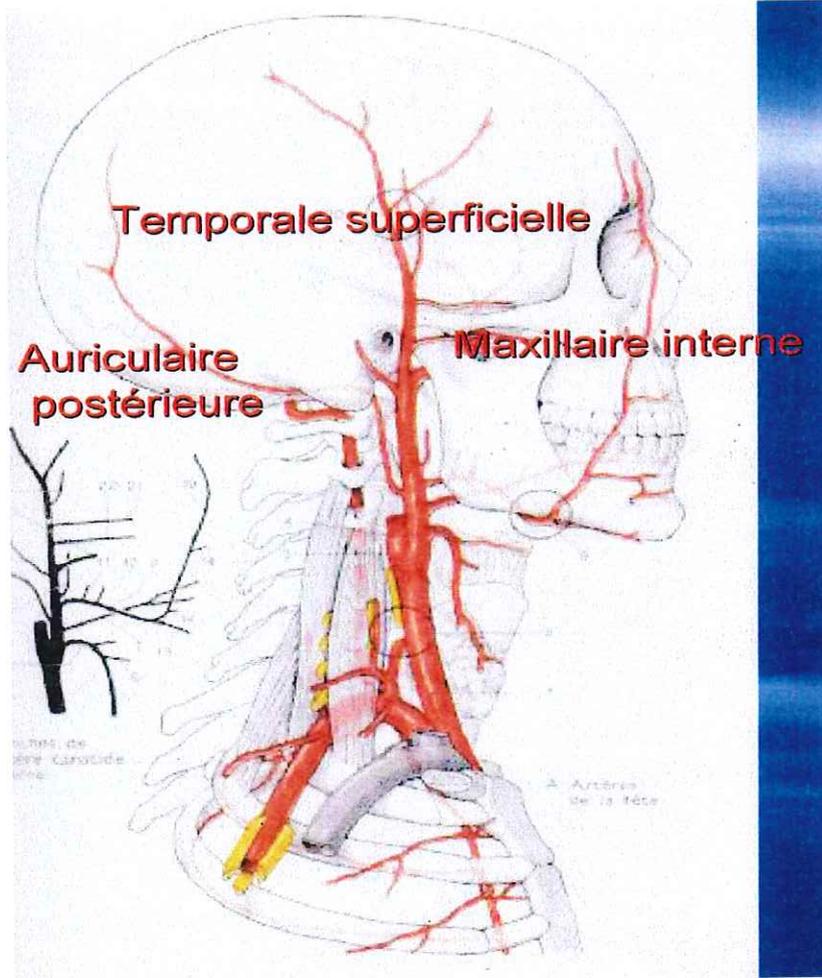
### 3.6 Autres éléments anatomiques mis en évidence dans la région temporo parotidienne

#### a - L'artère maxillaire (interne) :

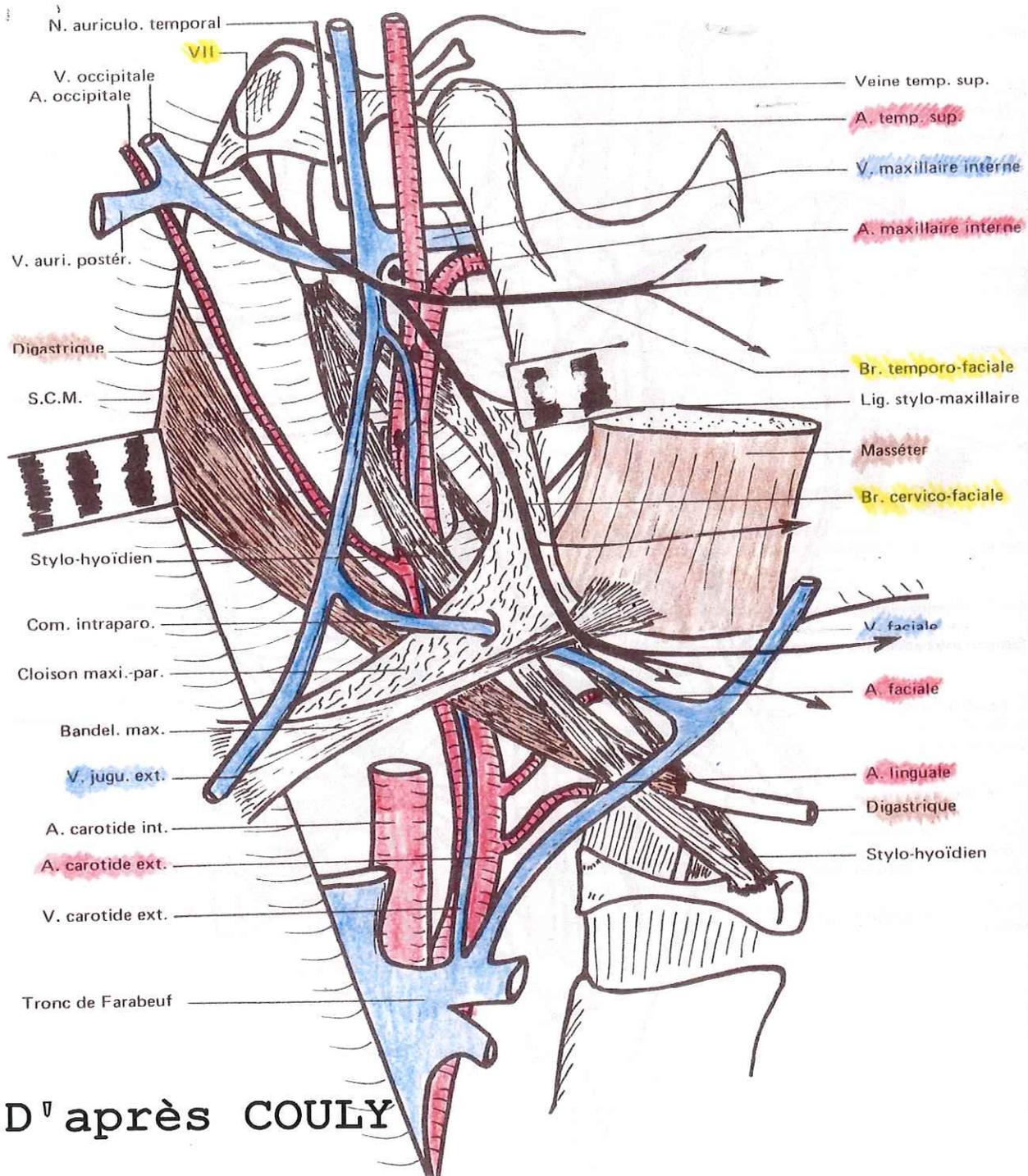
- Elle est une des branches terminales de l'artère carotide externe.
- L'artère carotide externe chemine d'abord dans l'espace rétro-stylien, puis perfore le rideau stylien entre le muscle et le ligament stylo-hyoïdien. Elle poursuit ensuite un trajet intra-parotidien. C'est l'élément le plus profond des organes traversant la loge parotidienne. Elle y pénètre 2 cm au dessus de l'angle mandibulaire, juste au dessus de la bandelette mandibulaire. Elle bifurque à 4cm au dessus de l'angle mandibulaire pour se terminer en se divisant en plusieurs branches :
  - × L'artère auriculaire postérieure qui se dirige en arrière et en haut vers la mastoïde. Elle fournit l'artère stylo-mastoïdienne qui accompagne le nerf facial dans le foramen stylo-mastoïdien.
  - × Des rameaux parotidiens
  - × L'artère maxillaire interne, qui rejoint le massif facial et la loge infra-temporale par la gouttière rétro-condylienne de Juvara.



- Puis l'artère carotide externe se termine en deux branches :
  - × *l'artère temporale superficielle.*
  - × L'artère transverse de la face.



# GLANDE PAROTIDE



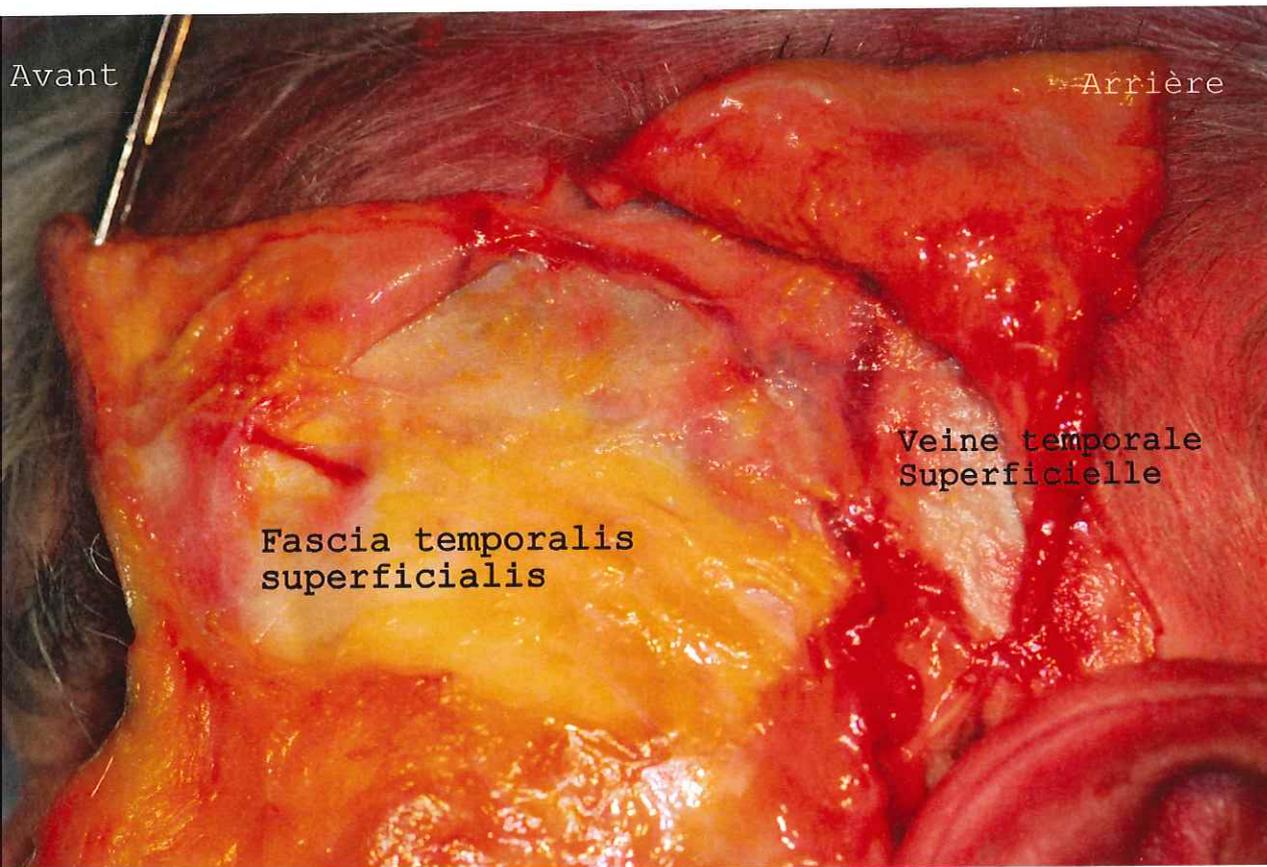
D<sup>r</sup> après COULY

b - Le plan veineux :

- Le plan veineux a une situation nettement plus superficielle que le plan artériel.
  - Dans la glande parotide convergent :
    - × les veines occipitales
    - × les veines auriculaires postérieures
    - × les veines temporales superficielles
    - × les veines maxillaires
  - × Elles prennent naissance dans la fosse infra-temporale aux dépens d'un plexus veineux qui enveloppe le muscle ptérygoïdien latéral. Ce plexus est drainé par deux voies:
    - la voie maxillaire proprement dite qui, avec l'artère, passe par la boutonnière rétro-condylienne
    - la voie latéro-condyloïde qui sort par l'incisure de la mandibule, contourne la face latérale du col de la mandibule et rejoint la voie précédente dans la parotide.Toutes ces veines se réunissent pour former le confluent intra-parotidien.
- Ce confluent est drainé par trois voies :
- la veine jugulaire externe.
  - la veine rétro-mandibulaire, qui, après un trajet intra-glandulaire, sort de la glande parotide près du muscle digastrique, traverse une cloison séparant la loge parotidienne de la loge sub-mandibulaire, longe le pôle postérieur de la glande sub-mandibulaire et va se jeter dans la veine faciale.
  - × la veine carotide externe, toujours irrégulière et peu nette, qui suit exactement le trajet de l'artère carotide externe et se jette dans la veine jugulaire interne au voisinage du tronc veineux thyro-linguo-facial.

c – Dissection du pédicule artéro veineux temporel superficiel :

- Le revêtement cutané est disséqué au niveau de l'incision initiale perpendiculairement à l'arcade zygomatique, permettant de révéler le fascia temporalis superficialis dans lequel on peut mettre en évidence la veine temporale superficielle. Le fascia sera disséqué et récliné faisant apparaître le muscle en éventail du temporal, lui même recouvert de son aponévrose nacrée.



## 4 - Interêt de la connaissance de la glande parotide dans l'exercice au cabinet dentaire:

### 4.1 Généralités

- La glande parotide n'est pas palpable à l'état sain. En cas d'atteinte pathologique, celle-ci va se tuméfier, s'indurer et donc devenir palpable.
- Il est évident qu'il n'est pas du ressort du chirurgien dentiste de poser un diagnostic précis de l'étiologie de la pathologie de la glande parotide, de même que son traitement chirurgical éventuel. Cependant le chirurgien dentiste peut être amené à recevoir en consultation un patient présentant une tuméfaction de la zone antérieure de l'oreille, et il conviendra d'être capable d'effectuer un diagnostic différentiel entre une cellulite de la joue ayant pour origine une deuxième ou troisième molaire supérieure ou une problématique de l'articulation temporo-mandibulaire et une pathologie inflammatoire, infectieuse ou tumorale de la parotide.

### 4.2 Diagnostics différentiels :

a) *Hypertrophie du masséter*

d) *Parotidites virales (Ourlienne)*

e) *Parotidites salivaires* par obturation des canaux excréteurs par un calcul salivaire ("colique salivaire" par processus lithiasique), par infection ascendante.

f) *Tumeurs parotidiennes :*

- adénome pléomorphe
- adénome monomorphe
- tumeur mucco-épidermoïde (tumeurs mixtes, en général bénignes)
- carcinome adénoïde kystique
- carcinome malin.
- Tumeur bénigne (cystadénome-lymphome)

C'est l'examen clinique qui permettra dans un premier temps de faire un diagnostic différentiel et déterminera l'indication d'exams complémentaires.

Cet examen clinique permettra d'évaluer :

- les modalités d'apparition de la tuméfaction
- le siège d'apparition de la tuméfaction : une tuméfaction au dessous de l'oreille est le mode de révélation le plus souvent rencontré.
- l'unilatéralité ou bilatéralité de la tuméfaction.
- l'existence d'une douleur et son intensité
- la présence de fièvre
- la présence d'un trismus
- l'examen de la mimique de la face, afin de rechercher une atteinte du nerf facial qui serait inclus dans une tumeur (paralysie faciale périphérique)
- recherche d'une adénopathie ganglionnaire cervicale, avec une extension éventuelle pharyngienne.

Examens complémentaires possibles :

- Radiographie standard
- Echographie
- Sialographie parotidienne: elle permet de différencier une tumeur mixte des autres tumeurs (lacunes arrondies dans un parenchyme normal)
- Scintigraphie au technetium : les tumeurs bénignes fixent le technetium, ce qui n'est pas le cas des tumeurs mixtes.
- IRM

## 5 Conclusion :

Cette étude guidée par une progression iconographique de la dissection de la région parotidienne, assurément loin d'être exhaustive, permet de mettre en exergue la complexité de cette zone avec ses éléments vasculaires et nerveux qui y circulent.

Les étapes de dissection extrêmement minutieuses et longues permettent d'avancer pas à pas, faisant apparaître certains éléments anatomiques. Tous n'ont pu être recherchés ....ou trouvés (en particulier l'émergence stylo-mastoïdienne du nerf facial et le nerf auriculo-temporal).

La glande parotide demeure une glande salivaire particulièrement difficile d'accès, bien que sous cutanée. Toute intervention du fait d'une atteinte tumorale met en danger le nerf facial et doit faire opposer tant au niveau du plan de traitement que du pronostic

- les tumeurs bénignes et les tumeurs mixtes
- les tumeurs mixtes dégénérées et les tumeurs malignes.

## APPROBATION / IMPROBATION :

Les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ni improbation de l'Université de Saint Etienne , de la Faculté de Médecine Jacques LISFRANC, de l'équipe du Laboratoire d'Anatomie »

le 05 Juin 2009 et Approuvé

le Président du Jury

## Remerciements :

Je souhaite remercier Monsieur le Professeur André Morin qui m'a permis d'assister à une longue séance de dissection particulièrement riche en enseignements et dont le fruit est ce mémoire.



# BIBLIOGRAPHIE

1. Bonfils P, Chevallier JM : Anatomie Tome 3, ORL - 2005 - 428 pages – Editions Flammarion Medecines-Sciences
2. Kamina P, Renard M : Anatomie clinique Tome 2 : tête cou dos – 2006 - 247 pages - Editions Maloine
3. Gaudy JF, Anatomie clinique - 2ème édition - Editions CDP – 2007 – 225 pages
4. Couly G : Anatomie maxillo faciale – 2ème édition, Editions CDP – 1989 – 193 pages
5. Busquet J, Miquel JL, Bousquet A : Université de Bordeaux : Mise au point sur ...la parotide et le canal de Stenon – Information dentaire, Vol 64, N°42, p4147-4155
6. Rouvière H – Région parotidienne in Anatomie humaine descriptive et topographique - Editions Masson – 15ème Edition – 690 pages
7. Phillips CD, Bubash LA.: The facial nerve: anatomy and common pathology.Semin Ultrasound CT MR. 2002 Jun;23(3):202-17. Review.PMID: 12168997
8. Katz AD, Catalano P.: The clinical significance of the various anastomotic branches of the facial nerve. Report of 100 patients. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1987 Sep;113(9):959-62. PMID: 3606847
9. Rafaelli CP- Padovani B,Bruneton JN -Hopital Pasteur – Nice
10. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale - Vol 106, N° SUP4 - septembre 2005 - p 23
11. Charlier E, Challier D, Doyon D : Imagerie des glandes salivaires - CHU Bicêtre – CIERM – Le Kremlin Bicêtre
12. Vaillan JM, Madi A : les tumeurs malignes et semi malignes de la bouche et de ses annexes , Rev Méd 18 : 2260-74 - 1977
13. Uziel A, Guerrier Y: Physiologie des voies aéro-digestives supérieures - 1984 – 240 pages – Editions Eminter.
14. Lézy JP, Princ G : abrégé de pathologie maxillo faciale et stomatologie - 2ème édition – 1997 – 235 pages – Editions Masson.

# TABLE DES MATIERES

1. Introduction ► Page 1
2. Matériel et méthode ► Page 1
  - 2.1. Matériel
  - 2.2. Méthodes
3. Résultats ► Page 3
  - 3.1. Décollement du lambeau cutané et premier abord visuel  
► Page 3
  - 3.2. Dissection du plan graisseux de la joue ► page 4
  - 3.3. Localisation de la glande parotide ► Page 5
    - a) Situation anatomique ► Page 5
    - b) Histologie et physiologie ► Page 7
    - c) Le canal de Stenon ► Page 8
  - 3.4. Dissection de l'aponévrose parotidienne ► Page 9
  - 3.5. Recherche de l'émergence postérieure du nerf facial ► Page 10
    - a) Recherche du ventre postérieur du muscle digastrique  
► Page 11
    - b) Mise en évidence du nerf facial sur le bord postérieur de  
la glande parotide ► Page 11
      - Anatomie du nerf facial ► Page 11
      - Rôles du nerf facial ► Page 14

- Iconographie de mise en évidence du nerf faciale après sa bifurcation intra-parotidienne ► Page 15

3.6. Autres éléments anatomiques mis en évidence dans la région temporo parotidienne ► Page 17

- a) L'artère maxillaire interne ► Page 17
- b) Le plan veineux ► Page 21
- c) Le pédicule artério veineux temporal superficiel ► Page 22

4. Intérêt de la connaissance de la glande parotide dans l'exercice du cabinet dentaire. ► Page 22

- 4.1. Généralités ► Page 22
- 4.2. Diagnostics différentiels ► Page 23

5. Conclusion ► Page 23

**Titre du mémoire:**

Étapes de dissection sur tête fraîche en vue de la mise en évidence du nerf facial et de ses rapports parotidiens.

---

**Résumé:**

En partant d'une voie d'abord de dissection de la joue sur cadavre frais, une mise en évidence des principaux éléments anatomiques rencontrés est réalisée, avec une recherche plus particulière du nerf facial dans la région parotidienne. Ce mémoire est guidée par une iconographie photographique, plan de dissection par plan.

---

**Rubrique de classement:**

Anatomie et chirurgie implantaire.

---

**Mots-clés :** Dissection, Parotide, Nerf facial.

---

**Enseignants :** Mr le Professeur Jean Michel **PRADES**  
Mr le Professeur André **MORIN**  
Mr le Docteur Robert **GAUTHIER**

---

**Adresse de l'auteur :** 141 avenue Chapays 38 340 Voreppe