

Les tumeurs parotidiennes : Aspects diagnostiques et thérapeutiques

M. BENBAKH, A. RAJI*

* Service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale. CHU Mohammed VI. Marrakech

ملخص

تعتبر أورام الغدة النكفية أوراما نادرة و تمثل نسبة 80% من أورام الغدد اللعابية. من أجل دراسة الأوجه الوبائية و السريرية و العلاجية لهذه الأورام، قمنا بدراسة استيعابية لعينة من 40 مريضا بمصلحة الأذن و الأنف و الحنجرة بالمركز الإستشفائي محمد السادس بمراكش. بلغ متوسط عمر المرضى 48 سنة و تمثل نسبة الذكور 47.5%. سجلت 31 حالة ورمية حميدة و 9 حالات ورمية خبيثة. تمثلت أعراض هذا المرض بانتفاخ الغدة النكفية عند جميع المرضى، الألم، شلل وجهي عند 17.5% انتفاخ الغدة اللعابية 10%. تم اللجوء إلى التصوير بالصدى فوق الصوتي عند جميع المرضى. و تم علاج جميع المرضى بالجراحة عبر استئصال الغدة النكفية مع اللجوء في 8 حالات إلى العلاج الإشعاعي، و العلاج الكيماوي في 5 حالات. تعد هذه الأورام حالات مستعصية العلاج و يمثل التشخيص المبكر أساس العلاج الناجح. الكلمات الأساسية: ورم، غدة نكفية، تصوير بالصدى الصوتي، استئصال الغدة النكفية، علاج بالأشعة.

Résumé : Les tumeurs de la glande parotide sont rares, elles représentent 80% des tumeurs des glandes salivaires. Le but de ce travail est d'analyser le profil épidémiologique, clinique, paraclinique, thérapeutique et évolutif de ces tumeurs. Nous avons réalisé une étude rétrospective sur une série de 40 cas de tumeurs parotidiennes colligés au service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale au CHU Mohammed VI. L'âge moyen de nos patients était de 48 ans, avec un sex ratio H/F de 0.9. La symptomatologie clinique était dominée par la tuméfaction parotidienne chez tous les patients, la douleur chez 10 patients, la paralysie faciale chez 7 patients, et les adénopathies cervicales chez 4 patients. Le délai moyen de consultation était de 45 mois. On note 31 cas de tumeur bénigne (77.5%). Le type histologique dominant était l'adénome pléomorphe (55%). 9 cas de tumeur maligne. Le carcinome muco-épidermoïde était la tumeur maligne la plus retrouvée dans notre série (7.5%). L'échographie parotidienne est le premier examen paraclinique demandé chez nos patients. La tomographie axiale assistée par ordinateur a été demandée chez les patients présentant une grosse tumeur. Le traitement a consisté à une parotidectomie exofaciale dans 26 cas (64%), une parotidectomie totale conservatrice dans 11 cas (28%) et une parotidectomie totale non conservatrice dans 3 cas (8%). Le curage ganglionnaire était réalisé dans 5 cas. Une radiothérapie post-opératoire était prescrite chez 8 patients. La chimiothérapie était prescrite chez 5 patients. Les tumeurs de la parotide constituent une entité inhomogène. La différenciation entre une tumeur maligne et une tumeur bénigne est souvent délicate, La cytoponction permet un diagnostic histologique initial. Un retard diagnostic joint à un traitement inadéquat assombrit d'avantage son pronostic.

Mots clés : tumeur – parotide – échographie – parotidectomie – radiothérapie

Abstract : The parotid gland tumors are rare, they represent 80% of salivary gland tumors. The aim of this work is to analyze an epidemiological, clinical, paraclinical, therapeutic and progressive profile of these tumors. We made a retrospective study over a series of 40 cases of parotid tumors at the ORL and cervico-facial surgery department at the Mohammed VI teaching hospital (CHU). The average age of our patients was 48 with a sex ratio M/F of 0.9. The clinical symptomatology was dominated by the cervical tumefaction with all the patients, pain with 10 patients (25%), facial paralysis with 7 patients (17.5%), and the cervical adenopathy with 4 patients (10%). The average waiting period of consulting was 45 months. We notice 31 cases of benign tumor. The dominant histological type was the pleomorphic adenoma (55%) The muco-epidermoid carcinoma was the most found malignant tumor in our series (7.5%). The cervical scan was the first paraclinical test required from our patients. The treatment consisted of an exo-facial parotidectomy (64%), a total conservative parotidectomy (28%) and a total non conservative parotidectomy (8%). The course ganglionic was performed in 5 cases. A post-surgical radiotherapy was prescribed for 8 patients. And the chemotherapy was prescribed for 5 patients. The differentiation between a malignant and a benign tumor is often delicate. A late diagnosis joined to an inadequate initial treatment spoils more the prognosis.

Key-words : tumor, parotide, ultrasound, parotidectomy, radiotherapy.

Introduction :

Les tumeurs parotidiennes représentent 80% des tumeurs des glandes salivaires principales. Elles se manifestent par un tableau clinique et radiologique très variable. La confirmation histologique est obligatoire. Le but de ce travail est de dresser le profil épidémiologique, diagnostique et thérapeutique de ces tumeurs au service d'ORL au CHU Mohammed VI à Marrakech.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'un travail rétrospectif qui a porté sur une série de 40 cas de tumeurs parotidiennes colligés au service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU Mohammed VI à Marrakech sur une période de 4 ans allant de juillet 2005 jusqu'à juin 2009. Tous les patients concernés par cette étude ont fait l'objet d'un examen clinique complet : Identité, antécédents

personnels et familiaux, examen de la région cervicale, examen ORL, examen général et appareil par appareil. L'échographie cervicale à été réalisée chez tous nos patients, la tomographie axiale assistée par ordinateur a été réalisée chez 25 patients. L'étude anatomo-pathologique a été réalisée systématiquement chez tous les patients.

Résultats :

Notre série est composée de 40 patients répartis en 19 hommes et 21 femmes. L'âge moyen était de 46 ans, avec des extrêmes allant de 19 ans à 70 ans. Le délai de consultation de nos patients variait entre 3 mois et 15 ans, avec un délai moyen de 45 mois. La tuméfaction parotidienne a été le signe révélateur commun chez tous nos patients (Figure 1). Elle a été douloureuse chez 10 patients (25%). Sept patients avaient en plus

une paralysie faciale (17.5%). Les adénopathies cervicales ont été constatées chez 4 patients.



Figure 1: Tuméfaction parotidienne avec une peau en regard ulcéré

L'examen clinique de la région parotidienne a montré une tuméfaction chez tous les patients. Elle a été de consistance ferme chez 21 patients (52.5%) et fixée au plan cutané chez 10 patients (25%). La taille de la tuméfaction parotidienne a variée entre 1cm et 13 cm. L'examen des paires crâniennes a montré une paralysie faciale périphérique chez sept patients. L'examen endobuccal a révélé un refoulement de la loge amygdalienne chez 5 patients. L'échographie cervicale a été réalisée chez tous nos patients. Elle a permis de préciser le siège qui était aux dépens du lobe superficiel de la tumeur dans 18 cas, la présence d'adénopathie cervicale dans 7 cas et des images hétérogènes dans 10 cas. Le scanner de la région parotidienne et cervicale n'a été réalisé que chez 25 malades (62.5%). Il a montré une tumeur siégeant exclusivement au niveau du lobe superficiel chez 12 patients, profond dans 6 cas, et les deux lobes dans 7 cas. La nature tissulaire de la tumeur a été décrite dans 13 cas, kystique dans 9 cas, et mixte dans 3 cas. La tumeur a été étendue aux organes de voisinages dans 3 cas. L'analyse anatomopathologique des lésions a révélé une grande diversité histopathologique. L'adénome pléomorphe est le type dominant (55%). (Tableau I, II, III)

Tableau I: Répartition histologique des tumeurs épithéliales bénignes

Type histologique	Nombre	Pourcentage
Adénome pléomorphe	22	55%
Cystadéno-lymphome	3	7.5%
Myoépithéliome	1	2.5%
Adénome oncocytaire	1	2.5%
Cystadénome	1	2.5%

Tableau II: Répartition histologiques des tumeurs épithéliales malignes

Type histologique	Nombre	Pourcentage
Carcinome muco-épidermoïde	3	7.5%
Adénocarcinome	1	2.5%
Carcinome adénoïde kystique	1	2.5%
Carcinome à cellules acineuses	1	2.5%
Carcinome canalaire	1	2.5%

Tableau III: Répartition des tumeurs non épithéliales

Type histologique	Nombre	Pourcentage
Lipome	3	7.5%
Sarcome fusocellulaire	1	2.5%
Lymphome malin	1	2.5%

Nous avons réalisé 40 abord chirurgicaux de la région parotidienne. Le geste chirurgical sur la glande parotide était :

- Dans 26 cas une parotidectomie exo-faciale, soit 64 %
- Dans 11 cas une parotidectomie totale conservatrice, soit 28 %
- Dans 3 cas une parotidectomie totale non conservatrice, soit 8%.

Le geste chirurgical local était accompagné d'un curage ganglionnaire cervical dans 5 cas. Huit patients de notre série ont bénéficié d'une radiothérapie post-opératoire par une cobalthérapie en 2 champs, avec une dose moyenne de 50 Gy. La chimiothérapie était utilisée chez 5 patients dont un lymphome. Le 5 Fluoro-Uracyl et le cysplatine ont été les produits prescrits. La paralysie faciale est la complication postopératoire la plus fréquente dans notre série, nous avons constaté 5 cas de paralysie faciale transitoire et 3 cas de paralysie faciale définitive. Un syndrome de Frey post parotidectomie était observé chez 2 patients. Le recul moyen dans notre série était de 20.7 mois (6-54mois). Dix huit patients ont eu une évolution favorable avec un recul variable de 6 à 42 mois. Deux patients ont présentés des récives tumorales parotidiennes.

Discussion :

Les tumeurs des glandes salivaires sont rares, elles représentent 0.2% de l'ensemble des tumeurs. La parotide est la glande la plus touchée (entre 64 et 80%) [1]. L'incidence des tumeurs parotidiennes augmente au cours de la 5^{ème} et la 6^{ème} décennie. La répartition des tumeurs parotidiennes est quasi équitable entre les deux sexes.[1,2] Les tumeurs bénignes de la parotide restent dominantes sur toutes les séries des tumeurs parotidiennes[3-5]. Dans

notre série l'adénome pléomorphe a constitué 55% des tumeurs parotidiennes. La pathologie maligne de la parotide est souvent sous estimée ; l'incidence varie entre 12% et 39% des tumeurs parotidiennes [1]. Le carcinome muco-épidermoïde et l'adénocarcinome à cellules acineuses sont les tumeurs malignes les plus fréquentes selon les séries [4,5]. La découverte, habituellement fortuite par le patient, d'une tuméfaction dans la région parotidienne est le premier motif de consultation. La taille, la consistance, la mobilité, par rapport au plan cutané et en profondeur, sont appréciées par la palpation. L'adénome pléomorphe est la plus fréquente des tumeurs parotidiennes [6]. C'est l'éventualité diagnostique que l'on retient en premier en présence d'une tuméfaction arrondie ou fusiforme de consistance ferme non douloureuse. Il n'y a pas de paralysie faciale sauf au cas de dégénérescence ; les paralysies faciales apparaissant lors d'un adénome pléomorphe sans dégénérescence étant exceptionnelles [7]. Dans notre série, nous avons identifié 22 cas d'adénome pléomorphe, aucun de ces patients n'a présenté des signes de paralysie faciale, la masse a été non douloureuse chez 18 patients (82%). L'examen clinique peut mettre en évidence des signes fortement évocateurs de malignité : des douleurs (qui évoquent un envahissement cutané ou nerveux), une parésie faciale, une fixité, une croissance rapide [2]. La douleur est notée dans 6 à 15% des cas de tumeurs malignes selon Spiro et Enorth [8]. Elle est plus fréquente en cas de tumeur maligne. Dans notre série, la douleur a été notée chez 5 patients ayant des tumeurs malignes (55%), et chez 5 patients ayant des tumeurs bénignes (16%). Une parésie ou une paralysie faciale sont rapportées dans 12% à 20% des tumeurs malignes selon Spiro [8]. L'ancienneté d'une tuméfaction et la lenteur de sa croissance ne sont pas garantes de sa bénignité. Spiro rapporte 9% de tumeurs malignes évoluant depuis plus de 10 ans lors du diagnostic [8]. Dans notre série le délai moyen de consultation chez les patients ayant des tumeurs malignes a été de 22 mois. Des adénopathies cervicales sont notées dans 18 à 21% des cas des tumeurs malignes. L'imagerie des glandes salivaires s'est considérablement développée ces dernières années. L'intérêt de la radiologie est de procurer au chirurgien une information anatomique ainsi qu'une information sur la nature de la tumeur investiguée. Les renseignements apportés par l'échographie sont avant tout morphologiques : la taille, la localisation, l'extension, et l'invasion locale des tumeurs parotidiennes, nombre de lésions, le statut ganglionnaire [9]. L'examen est limité dans l'exploration du lobe profond par la branche montante de la mandibule et l'apophyse mastoïde, ainsi que dans l'exploration de tumeurs de grandes tailles où il

est difficile de définir les limites tumorales. De nombreux travaux ont précisé les caractères échographiques propres aux tumeurs bénignes et malignes. Les tumeurs malignes sont hétérogènes, de contours mal limités, mais peuvent apparaître homogènes et bien limités. La différenciation entre les différents types histologiques des cancers parotidiens est impossible à l'échographie. Elle peut permettre de guider les cytoponctions à l'aiguille fine des tumeurs de petites tailles afin de limiter les ponctions non contributives et d'optimiser le rendement de la cytoponction [10,11]. La tomodynamométrie permet une bonne analyse des structures osseuses. Il s'agit d'un examen irradiant, non opérateur-dépendant, de coût réduit et largement disponible. L'examen dépiste presque 100 % des tumeurs parotidiennes. Le nerf facial n'est pas visualisé par la tomodynamométrie. La tomodynamométrie permet la réalisation d'un bilan d'extension locorégional. La détection d'adénopathies nécrotiques satellites plaide en faveur de la malignité [9]. L'intérêt de l'IRM par rapport à la tomodynamométrie est sa meilleure résolution spatiale, en particulier dans l'exploration de la région parapharyngée. L'IRM permet une analyse topographique précise des rapports entre tumeur et axes vasculaires et nerveux. Enfin, l'IRM à l'avantage de pouvoir détecter certains diagnostics spécifiques avec fiabilité (tumeur mixte, lipome, hémangiome ...) [9]. La valeur diagnostique de malignité ou de bénignité de l'IRM est très bonne, selon les séries, les valeurs de sensibilité et de spécificité sont comprises entre 80 et 100%. La valeur prédictive du type histologique tumorale de l'IRM pour les tumeurs bénignes apparaît assez fiable, alors qu'elle est nulle pour le diagnostic histologique des tumeurs malignes. L'intérêt de la cytoponction est d'éliminer ou d'affirmer avec certitude la nature maligne d'une lésion [11]. En cas de cytoponction positive, elle permet de prévenir le patient de la nécessité d'une parotidectomie totale. Le traitement des tumeurs parotidiennes suscite depuis de nombreuses années des controverses quant au type d'exérèse lésionnelle, l'attitude vis-à-vis des aires ganglionnaires, le sacrifice du nerf facial et l'utilité de la radiothérapie complémentaire pour les tumeurs malignes. Dans les tumeurs bénignes développées dans le tissu parotidien latéofacial, cette marge de sécurité ne peuvent véritablement être obtenue que dans les tumeurs de petite taille (moins de deux centimètres) et seules celles-ci seront traitées par parotidectomie exo-faciale [12]. Dans les autres cas de tumeurs bénignes à développement exo-facial, une parotidectomie totale sera pratiquée comme pour les tumeurs à développement endofacial ou à expression endo-pharyngée. L'âge et les renseignements apportés par l'examen extemporané sont des critères qui doivent être pris en considération.

Certains auteurs préfèrent faire une parotidectomie totale chez les sujets de moins de 20 ans pour les tumeurs exo-faciales compte tenu du risque potentiel de récurrence plus important dans cette population. De même chez les personnes âgées de plus de 70 ans, porteurs d'une tumeur volumineuse développée dans le parenchyme exofacial, une parotidectomie exo-facial peut être suffisante eu égard aux délais habituels d'apparition des récurrences [1]. Le traitement classique des tumeurs malignes parotidiennes est la parotidectomie totale associée ou non à un curage ganglionnaire suivie d'une radiothérapie externe. La dissection complète du tronc du nerf facial et de ces branches doit toujours être tentée. Ce n'est que si la tumeur est adhérente au nerf, ou l'envahit, que ce dernier doit être sacrifié. Le sacrifice du VII dépend plus de l'envahissement constaté en per-opératoire que du type histologique de la tumeur maligne. L'indication du curage reste controversée, tout particulièrement chez les patients NO cliniques et radiologiques. Plusieurs indications semblent se dégager en faveur d'un évidement ganglionnaire plus ou moins étendu :

- Les tumeurs T1 de haut grade de malignité.
- Les tumeurs T3 et T4 de bas grade de malignité.
- La croissance tumorale rapide.
- L'atteinte du nerf facial.

Bon nombre d'auteurs s'accordent à dire que la radiothérapie post-opératoire est utile dans les cas de haut grade de malignité, récurrences tumorales, limites d'exérèse histologiquement atteintes, présence de métastases ganglionnaires, invasion des tissus adjacents et tumeurs classées T3 ou T4 avec ganglions fixés, envahissement cutané, ou atteinte du nerf facial [13,14]. Les complications postopératoires sont de 2 ordres : non spécifiques à type d'hématomes et d'infections et spécifiques de la chirurgie parotidienne à type de paralysie faciale, de syndrome de Frey et de fistules salivaires [3].

Conclusion :

Ce travail nous a permis d'exposer les particularités épidémiologiques, histologiques et thérapeutiques des 40 patients recensés dans notre étude. Ces tumeurs relativement rares sont caractérisées par leur grande diversité. Elles posent en effet, des problèmes diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs. Les progrès réalisés dans la prise en charge et le traitement ont offert une chirurgie de plus en plus conservatrice avec des taux de survie sans récurrences plus prolongés.

References:

1-Ching-Chia Lin, Ming-Hsui Tsai, Chiu-Chen Huang, Chun-Hung Hua, Hsian-Chang Tseng. Parotid tumors: a 10-year experience. American Journal of Otolaryngology-Head and Neck Medicine and Surgery 2008;29:94-100

2-Paris J, Zanaret M. Bilan d'une tumeur parotidienne isolée. Annales d'Otolaryngologie Chirurgie Cervicofaciale 2004;121:251-6.

3-Hussein Ansari M. Salivary gland tumors in an Iranian population: a retrospective study of 130 cases. J Oral Maxillofacial Surg. Nov 2007;65:2187-94.

4-Hussain Al-Khateeb T. Salivary tumors in north Jordanians: A descriptive study. Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007;103:53-59

5-Vargas PA, Gerhard R, Araujo VJ. Salivary gland tumors in a Brazilian population: A retrospective study of 124 cases. Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo 2002;57:271-6.

6-Paris J, Facon F, Chrestian MA, Giovanni A, Zanaret M. Pleomorphic adenoma of the parotid: histopathological study. Annales d'Otolaryngologie Chirurgie Cervicofaciale. Jun2004;121:161-6.

7-Just P-A, Miranda L. Classification des tumeurs des glandes salivaires. Annales d'Otolaryngologie et chirurgie cervico-faciale 2008;125:331-340

8-Spiro GH. Salivary neoplasms: overview of a 35 years experience with 2807 patients. Head and neck surgery Jan1986;8:177-84

9-Lee Y.Y.P. Imaging of salivary gland tumours. European Journal of Radiology 2008;66:419-436

10-Bartels S, Talbot JM, Ditomasso J. The relative value of fine-needle aspiration and imaging in the preoperative evaluation of parotid masses. Head Neck 2000;22:781-6.

11-Lin AC, Bhattacharyya N. The utility of fine needle aspiration in parotid malignancy. Otolaryngology Head Neck Surgery. May2007;136:793-798.

12-Young Chang L. Conservative parotidectomy for the treatment of parotid cancers. Oral Oncology 2005;41:1021-1027

13-Amélie A., Bouyon A. Radiothérapie des cancers de la glande parotide. Cancer Radiothérapie 2007;11:465-75

14-Garden As, El-Naggar Ak, Morrison Wh. Postoperative radiotherapy for malignant tumors of the parotid gland. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1997;37:79-85.