



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Année : 2015

Thèse n° : 34

Les facteurs prédictifs de malignité dans la prise en charge des tumeurs parotidiennes A propos 76 cas

THESE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24/03/2015

PAR

Mr. **Abdessamad LALAOUI**

Né le 04 Mars 1989 à Fkih Ben Salah

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

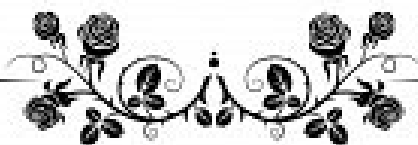
MOTS-CLÉS:

Tumeurs parotidiennes - Facteurs prédictifs de malignité - Parotidectomie.

JURY

Mme. N. MANSOURI HATTAB		PRESIDENT
Professeur de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale		
Mr. B. BOUAITY		RAPPORTEUR
Professeur d'Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale		
Mr. H. AMMAR	}	JUGES
Professeur d'Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale		
Mr. A. ABOUCHADI		
Professeur agrégé de Chirurgie Maxillo-faciale et plastique		

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



إِقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ ۝ خَلَقَ الْإِنْسَانَ
مِنْ عَلَقٍ ۝ إِقْرَأْ وَرَبُّكَ الْأَكْرَمُ ۝ الَّذِي
عَلَّمَ بِالْقَلَمِ ۝ عَلَّمَ الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمْ ۝
صدقة الله العظيم



Serment d'hypocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





*LISTE DES
PROFESSEURS*

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyen Honoraire: Pr Badie Azzaman MEHADJI

ADMINISTRATION

Doyen: Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Secrétaire Générale: Mr Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMAL Said	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
CHABAA Laila	Biochimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
CHELLAK Saliha (Militaire)	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie

EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SARF Ismail	Urologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
FIKRY Tarik	Traumato- orthopédie A	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	ELFIKRI Abdelghani (Militaire)	Radiologie
ABOUCHADI Abdeljalil (Militaire)	Stomatologie et chir maxillo faciale	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ADALI Imane	Psychiatrie	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADMOU Brahim	Immunologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AIT AMEUR Mustapha (Militaire)	Hématologie Biologique	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT ESSI Fouad	Traumato- orthopédie B	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha (Militaire)	Chirurgie- vasculaire péripherique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KHOUCANI Mouna	Radiothérapie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KOULALI IDRISSEI Khalid (Militaire)	Traumato- orthopédie
ARSALANE Lamiae (Militaire)	Microbiologie - Virologie	KRIET Mohamed (Militaire)	Ophtalmologie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie

BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	LAOUAD Inass	Néphrologie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BEN DRISS Laila (Militaire)	Cardiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MEJDANE Abdelhadi (Militaire)	Chirurgie Générale
BOUCHENTOUF Rachid (Militaire)	Pneumo- phtisiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	MOUFID Kamal(Militaire)	Urologie
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOURRAHOuat Aicha	Pédiatrie B	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Aziz (Militaire)	Chirurgie thoracique	QACIF Hassan (Militaire)	Médecine interne
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	QAMOUSS Youssef (Militaire)	Anesthésie- réanimation
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	RADA Nouredine	Pédiatrie A
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL BARNI Rachid (Militaire)	Chirurgie- générale	TASSI Noura	Maladies infectieuses

EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine (Militaire)	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie– embyologie cytogénétique
ADALI Nawal	Neurologie	FADIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	GHAZI Mirieme (Militaire)	Rhumatologie
AISSAOUI Younes (Militaire)	Anesthésie – réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénéque
AIT BATAHAR Salma	Pneumo– phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said (Militaire)	Médecine interne
ARABI Hafid (Militaire)	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine (Militaire)	Psychiatrie
ATMANE El Mehdi (Militaire)	Radiologie	LAHKIM Mohammed (Militaire)	Chirurgie générale
BAIZRI Hicham (Militaire)	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed (Militaire)	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBACHIR Anass	Anatomie– pathologique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar (Militaire)	Traumatologie – orthopédie
BELHADJ Ayoub (Militaire)	Anesthésie – Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed (Militaire)	Oto–Rhino – Laryngologie
BENHADDOU Rajaa	Ophtalmologie	MOUHSINE Abdelilah (Militaire)	Radiologie

BENLAI Abdeslam (Militaire)	Psychiatrie	NADOUR Karim(Militaire)	Oto-Rhino - Laryngologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
DAROUASSI Youssef (Militaire)	Oto-Rhino - Laryngologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua (Militaire)	Psychiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro- entérologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SERGHINI Issam (Militaire)	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youness (Militaire)	Urologie	SERHANE Hind	Pneumo- phtisiologie
EL KAMOUNI Youssef (Militaire)	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid (Militaire)	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed (Militaire)	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa (Militaire)	Parasitologie Mycologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah (Militaire)	Chirurgie Thoracique



DEDICACES

A decorative, ornate frame with intricate scrollwork and flourishes. The word "DEDICACES" is centered within the frame in a stylized, italicized serif font. The frame features a central vertical axis with a pointed top and bottom, and horizontal bars with decorative scrollwork on either side.

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut,
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,
l'amour, le respect et la reconnaissance.
Aussi, c'est tout simplement que :*



Je dédie cette thèse...

***A MA TRÈS CHÈRE MÈRE
MERZOUQUI fatima***

Affable, honorable, aimable : Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.

Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte.

Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études.

Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.

***A MON TRÈS CHER PÈRE :
LALAOUI Abdellali***

Autant de phrases et d'expressions aussi éloquente soit-elles ne sauraient exprimer ma gratitude et ma reconnaissance. Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie. Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite.

Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement sont pour moi le soutien indispensable que tu as toujours su m'apporter.

Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir. Que Dieu le tout puissant te préserve, t'accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et te protège de tout mal.

A MON TRÈS CHER FRÈRE : Abdelatif

A l'unique frère que j'ai au monde qui me tenait compagnie, merci pour ton soutien chaleureux que tu n'as cessés d'apporter au cours de ma formation. Puisse Dieu le tout puissant exhausser tous tes vœux,

A MES CHERES SOEURS : Rabia, Soumia, Badia, Karima.

Vous savez que l'affection et l'amour fraternel que je vous porte sont sans limite. Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et des liens de sang qui nous unissent.

Puissions-nous rester unis dans la tendresse et fidèles à l'éducation que nous avons reçue. J'implore Dieu qu'il vous apporte bonheur et vous aide à réaliser tous vos vœux.

A MA CHERE ELBAQATTI meriam

A ma petite nièce et ma princesse, tu partageras toujours une partie de ma vie et de mon cœur. Je serais toujours à tes cotés. Que dieu t'apporte bonheur, réussite et vous préserve de tout mal.

A MA CHERE NIECE ikram ET MES CHERS NEVEUX hossam, hamza, rida, mehdi et zakaria

Je vous souhaite beaucoup d'amour, de bonheur, une belle vie. Je vous aime déjà très fort Et serai toujours là pour vous...

A MA CHERE ELJOUDIANI Amina

En gage de ma profonde estime pour l'aide que tu m'as apporté. Tu m'as soutenu, réconforté et encouragé.

Tous les remerciements du monde ne me suffiront pas pour exprimer ma gratitude envers toi.

Je te souhaite une vie pleine de bonheur, de succès et de prospérité. Que Dieu, le tout puissant, vous protège et vous garde.

A CHER MOHAMED JAD LALAOUI

Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour t'exprimer mon affection et mes pensées, tu es pour moi le frère et l'ami sur qui je peux compter. Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.

A MES COUSIN ET MES COUSINES : Zoubair, Jaouad, Azzedine, Fatimaezzahra, Salah, Anissa, Bahija, Maryama, Rafika, Sara, Selwa, Hajar.

J'espère que vous appréciez cet humble geste comme preuve d'amour et de reconnaissance.

A MA CHÈRE GRAND MÈRE MATERNEL

A MA CHÈRE GRAND MÈRE PATERNEL

*Que ce modeste travail, soit l'expression des vœux que vous n'avez cessé de
formuler dans vos prières.*

Que Dieu vous préserve santé et longue vie.

A MES ONCLES PATERNELS : mati, hamza, said , abbass

A MES ONCLES MATERNELS : abdelhadi, youssef, abdellah

A MES TANTES : samira, halima, hafida, khadija, lakhbira

A TOUTE LA FAMILLE LALAOUI

A TOUTE LA FAMILLE MERZOUKI

*Je vous remercie pour toutes vos prières qui m'ont accompagné durant
toutes ces années.*

Puisse Dieu tout puissant vous procurer santé et longévité.

A MES AMIS DE L'ENFANCE ET DU LYCÉE : salah

ELMOUDAFAR, Mohammed ABOUTABIT, Abdelkhalék LAMARI,

Amine SMAINI, amal IBN ALHABIB , mustapha MEKKAOUI,

Mohamed SADIKI, chouaib RAQUIOUI.

A MES AMIS DE LA FACULTE DE MEDECINE :

Abdelilah LAKTAIBI, Hassan LAHMAM, Rabiy ELQADIRY, Brahim

MADIQ, Yousra LANDA, Ibtissam ELBIHAOUI, Sara ELJADID,

Ghizlane ELMOHADAB, Nisserine ABOUHAFSSE, mohamed amine

ELKETTANI, jawad FARES, mohamed said cheikhani, Mohamed

Elalaoui, Mohamed Amine ELKOUS, Meriem LABRASSI, Mustapha

RIZKI, Najat LASRI

A MES CHÈRES AMIS : moutassime SABRI, abdou ZWITA ; yassine

LAHMAM, tarik ALIBOU, marouane BADRAOUI, zakaria

ELMANFALOUTI

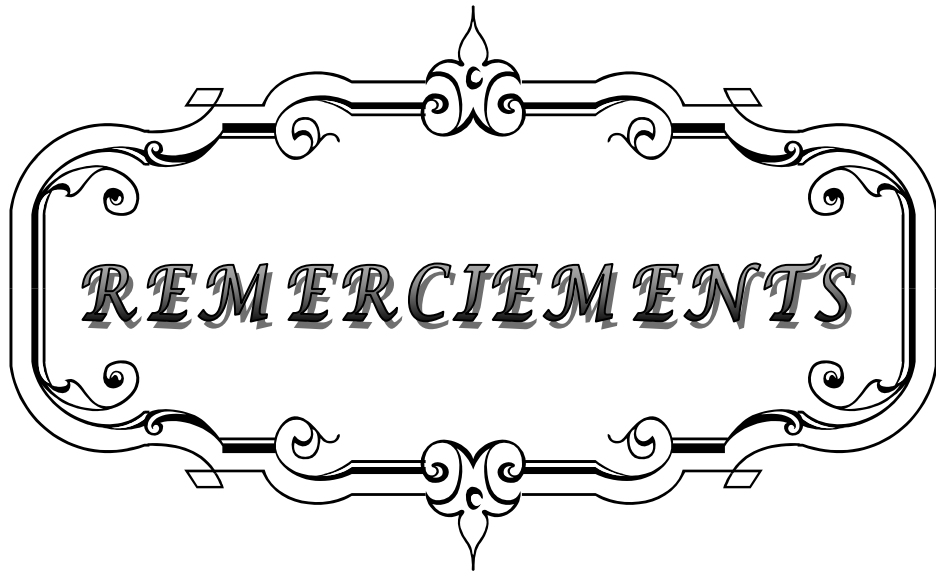
*En souvenir de notre sincère et profonde amitié et des moments
agréables que nous avons passés ensemble.*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond
et mon affection la plus sincère.*

A MON CHER PROFESSEUR: hassan BENZALIM
Puisse ce travail témoigner de ma profonde affection et de ma sincère
estime.

A TOUS MES ENSEIGNANTS DE L'ENSEIGNEMENT
PRIMAIRE, SECONDAIRE ET DE LA FACULTÉ DE
MEDECINE DE MARRAKECH

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer.



*A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MADAME LE PROFESSEUR N.MANSOURI HATTAB
Professeur de chirurgie maxillo-faciale
Au CHU Mohammed VI de Marrakech
Chef de service de chirurgie maxillo-faciale*

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant aimablement la présidence de notre jury. Nous avons bénéficié, au cours de nos études, de votre enseignement clair et précis. Votre gentillesse, vos qualités humaines, votre modestie n'ont rien d'égal que votre compétence. Veuillez accepter, chère maître, dans ce travail nos sincères remerciements et toute la reconnaissance que nous vous témoignons.

*A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR B.BOUAÏTY
Professeur d'ORL et de chirurgie cervico-faciale
À l'hôpital Militaire Avicenne de Marrakech
Chef de service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale*

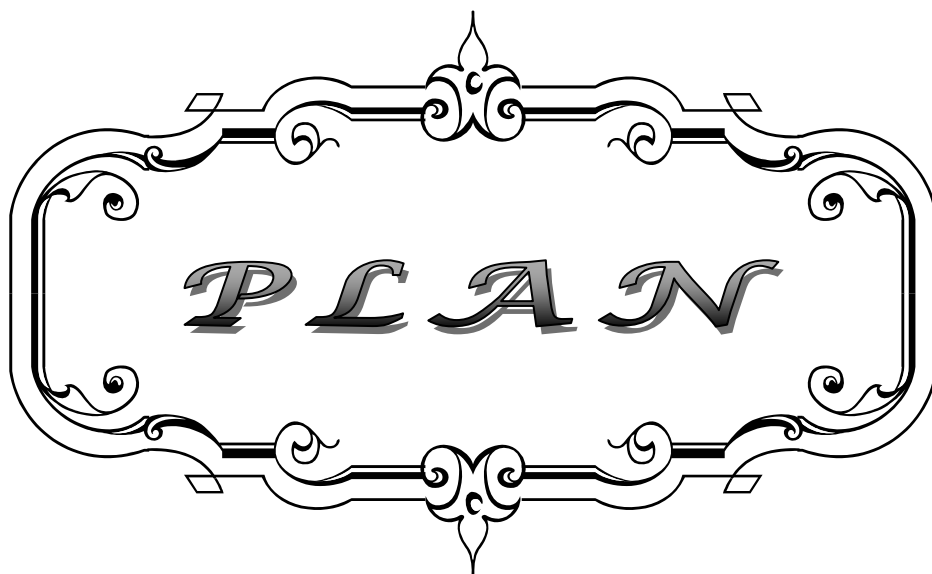
Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de nous confier ce travail. Vos qualités scientifiques et humaines ainsi que votre modestie ont profondément marqué et nous servent d'exemple. Vous nous avez à chaque fois réservé un accueil aimable et bienveillant. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de notre estime et notre profond respect.

*A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR H. AMMAR
Professeur d'ORL et de chirurgie cervico-faciale
A l'hôpital Militaire Avicenne de Marrakech
Chef de pôle Extrémité Céphalique*

*Nous vous remercions de nous avoir honorés par votre
présence. Vous avez accepté aimablement de juger cette thèse.
Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous
exprimer notre profonde reconnaissance.
Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de
notre estime et notre profond respect.*

*A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR A.ABOUCHADI
Professeur agrégé en chirurgie maxillo-faciale et plastique
A l'hôpital Militaire Avicenne de Marrakech*

*Nous vous remercions de nous avoir honorés par votre
présence. Vous avez accepté aimablement de juger cette thèse.
Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous
exprimer notre profonde reconnaissance.
Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de
notre estime et notre profond respect.*



INTRODUCTION	1
RAPPELS	3
I. HISTORIQUE	4
II. EMBRYOLOGIE	5
III. ANATOMIE	6
IV. HISTOLOGIE DE LA GLANDE PAROTIDE	16
PATIENTS ET MÉTHODES	18
RÉSULTATS	21
I. ÉPIDÉMIOLOGIE	22
1. FRÉQUENCE	22
2. RÉPARTITION SELON LE SEXE	22
3. AGE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	23
4. ANTÉCÉDENTS	25
II. CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES	25
1. DÉLAI DE CONSULTATION	25
2. SIGNES RÉVÉLATEURS	26
3. EXAMEN CLINIQUE	27
III. EXAMENS PARACLIQUES	29
1. ÉCHOGRAPHIE PAROTIDIENNE	29
2. TOMODENSITOMÉTRIE	30
3. L'IRM	31
4. CYTOPONCTION	33
IV. BILAN D'EXTENSION	33
1. RADIOGRAPHIE PULMONAIRE	33
2. ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE	33
V. CLASSIFICATION TNM	34
VI. TRAITEMENT	36
1. CHIRURGIE	36
2. RADIOTHÉRAPIE	37
3. CHIMIOTHÉRAPIE	38
VII. RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES	38
1. ÉVOLUTION A COURT TERME	38
2. ÉVOLUTION A LONG TERME	38
DISCUSSION	39
I. ÉPIDÉMIOLOGIE	40
1. INCIDENCE	40
2. AGE	40
3. SEXE	40
4. FACTEURS DE RISQUE	41

5. Délai diagnostique	41
II. DONNÉES CLINIQUES	41
1. TUMÉFACTION	41
2. DOULEUR	42
3. PARALYSIE FACIALE	42
4. LA FIXITÉ DE LA TUMEUR PAR RAPPORT AUX PLANS DE VOISINAGE :	43
III. EXAMENS PARACLINIQUES	43
1. ÉCHOGRAPHIE	43
2. LA TOMODENSITOMÉTRIE PAROTIDIENNE ET CERVICALE	45
3. L'imagerie par résonance magnétique	46
4. AUTRES TECHNIQUES RADIOLOGIQUES	48
5. TAILLE DE LA TUMEUR (grand diamètre de la tumeur)	49
6. CYTOPONCTION	49
IV. ANATOMIE PATHOLOGIQUE	51
1. MACROSCOPIE	51
2. TYPES HISTOLOGIQUES	51
3. EXTENSION TUMORALE	53
V. CLASSIFICATION TNM DES TUMEURS MALIGNES	53
VI. TRAITEMENT	54
1. MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES	54
2. INDICATIONS THERAPEUTIQUES	65
VII. LES RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES	70
1. ÉCHEC THÉRAPEUTIQUE	70
2. RÉCIDIVES LOCORÉGIONALES :	70
3. MÉTASTASES	71
4. SURVIE	71
VIII. FACTEURS PRONOSTIQUES	72
1. FACTEURS CLINIQUES	72
2. FACTEURS HISTOLOGIQUES	74
IX. SURVEILLANCE	76
CONCLUSION	77
ANNEXES	79
RÉSUMÉS	82
BIBLIOGRAPHIE	86



INTRODUCTION

Les tumeurs parotidiennes regroupent toutes les tumeurs bénignes, malignes, primitives et secondaires de la glande parotide, à distinguer des tumeurs de la loge parotidienne qui se développent des éléments constituant la loge : le canal de Sténon, le nerf facial, le nerf auriculo-temporal, le système lymphatique parotidien, les artères et les veines de la région parotidienne, la peau et le tissu sous cutané.

Ce sont les formes bénignes qui prédominent avec en chef de file l'adénome pléomorphe. Les tumeurs malignes de la glande parotide sont relativement rares et représentent moins de 3 % des tumeurs de la tête et du cou [1, 3, 4].

Grâce à des signes cliniques prédictifs, à des données de l'imagerie ou de la cytoponction, des arguments d'orientation en faveur de la malignité de ces tumeurs apparaissent. Le diagnostic de certitude repose toujours sur l'examen anatomopathologique de la lésion.

La chirurgie constitue le traitement de choix des tumeurs bénignes, le geste chirurgical repose sur une parotidectomie totale conservatrice du nerf facial, ou sur une parotidectomie exofaciale selon les indications. En cas de tumeur maligne, la parotidectomie totale est la règle associée ou non à un curage ganglionnaire et ou une radiothérapie.

Le but de ce travail est d'exposer notre expérience à propos de 76 cas de tumeurs de la parotide colligés au service d'O.R.L et de chirurgie cervico-faciale de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, entre janvier 2000 et décembre 2012. Nous essayons d'étudier les facteurs épidémiologiques, cliniques et paracliniques présomptifs de malignité dans les tumeurs parotidiennes. Nous tenterons également d'effectuer une synthèse des différentes attitudes adoptées en matière de prise en charge et aussi d'évaluer les résultats du traitement et le pronostic de ces tumeurs.



I. HISTORIQUE [4, 5]

Hippocrate (460–370 avant J.C.) décrivait déjà les pathologies des glandes salivaires et particulièrement celles de la parotide, en différenciant les pathologies suppuratives des pathologies tumorales non suppuratives. Des le XVIème siècle, Ambroise Pare défendait la théorie humorale de la maladie dans un chapitre nomme: "de la tumeur qui est sous les oreilles, nomme parotide". Il écrivait alors " ... la parotide est une tumeur contre nature, occupant les glandules et parties d'autour, qui sont sous les oreilles dites Emonctoires du cerveau: lesquelles, parce qu'elles sont rares, reçoivent facilement les excréments d'iceluy ..."

Niels Steenson, ou Nicolai Stenonis (1638–1686) laissa son nom au canal parotidien après sa découverte lors de dissections animales réalisées à Amsterdam en 1660, et fut l'auteur de "De Glandulis Oris et Novis Earundem Vasis". En 1685, Godefridi Bildoo publiait une dissection détaillée de l'arborescence des canaux excréteurs parotidiens et en 1707, Antonio Maria Valsalva mettait en évidence la présence d'éléments lymphatiques intra-parotidiens.

Le nerf facial n'eut sa réalité anatomique qu'en 1677 avec Wrisberg et son nerf éponyme, ainsi que Nommering et Vicq d'Azyr, qui proposèrent la première classification valable des nerfs crâniens. La complexité de la division du nerf dans la parotide fait que l'on parla de plexus facial.

Très tôt, l'école française s'est intéressée à la chirurgie de la parotide avec Guillaume de Salicet en 1275, Guy de Chauliac en 1363 et Pierre Franco en 1561. L'intérêt pour la chirurgie parotidienne s'est véritablement développé en Europe a la fin du XVIIIème siècle, en particulier avec Heister, Siebold et Hunter. Au XIXème siècle, quelques pionniers, dont Mott, Warren ou Velpeau marquèrent l'histoire par leurs récits de parotidectomie sans anesthésie, réservées aux patients les plus courageux. Malgré le développement progressif de l'anesthésie à partir de la seconde moitié du XIXème siècle, la paralysie faciale, sanction tangible de l'intervention, jointe aux risques hémorragiques per-opératoires firent reculer beaucoup de chirurgiens et les interventions parotidiennes demeurèrent exceptionnelles.

Dès le début du XX^{ème} siècle, les travaux anatomiques de Gregoire (1912) et Mc Whorter (1917) ont ouvert l'ère de la chirurgie parotidienne conservatrice. Des lors, plusieurs techniques de découverte du nerf facial ont été décrites, à partir de l'émergence du foramen stylo-mastoidien, du rameau mentonnier, et du rameau cervical du platysma.

En France, Duval et Redon en 1932, puis Padovani et Redon en 1938, ont été les premiers à décrire une technique codifiée de parotidectomie conservatrice du nerf facial après repérage du tronc de ce dernier. Ce n'est qu'en 1941, et sous l'impulsion de Bailey que cette technique s'est popularisée dans les pays anglo-saxons.

II. EMBRYOLOGIE [1, 3]

D'origine ectopique, la parotide naît dans la cavité buccale sous la forme de bourgeons épithéliaux. Elle s'individualise vers la 5^{ème} - 6^{ème} semaine de développement, après rupture de la membrane pharyngée sur le versant ectodermique de la jonction endo-ectodermique de la cavité buccale. Les canalicules salivaires entourés de cellules myoépithéliales apparaissent vers la 12^{ème} semaine. Les acini s'individualisent vers la 28^{ème} semaine de développement. Les cellules myoépithéliales contiennent dans leur cytoplasme des fibrilles myoïdes qui contractent acini et canalicules au moment de la sécrétion. Ces cellules jouent un rôle primordial dans la genèse des différentes variétés de tumeurs salivaires : adénome monomorphe, pléomorphe et carcinome adénoïde kystique. La parotide est d'encapsulation tardive, en règle vers le 3^{ème} mois de développement d'où l'incorporation possible de tissu lymphoïde (tissu en nappe ou ganglion).

III. ANATOMIE

1. LA GLANDE PAROTIDE

La région parotidienne est située en avant du méat acoustique externe, en arrière de la branche montante mandibulaire, en avant du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Elle présente dans sa plus grande partie la glande parotide, avec un conduit parotidien, le canal de Sténon, ou canal parotidien, qui lui permet d'excréter la salive. Ce dernier s'ouvre dans la cavité buccale, en regard de la 1ère ou 2ème molaire supérieure [6, 9].

La glande parotide pèse environ 25 grammes.

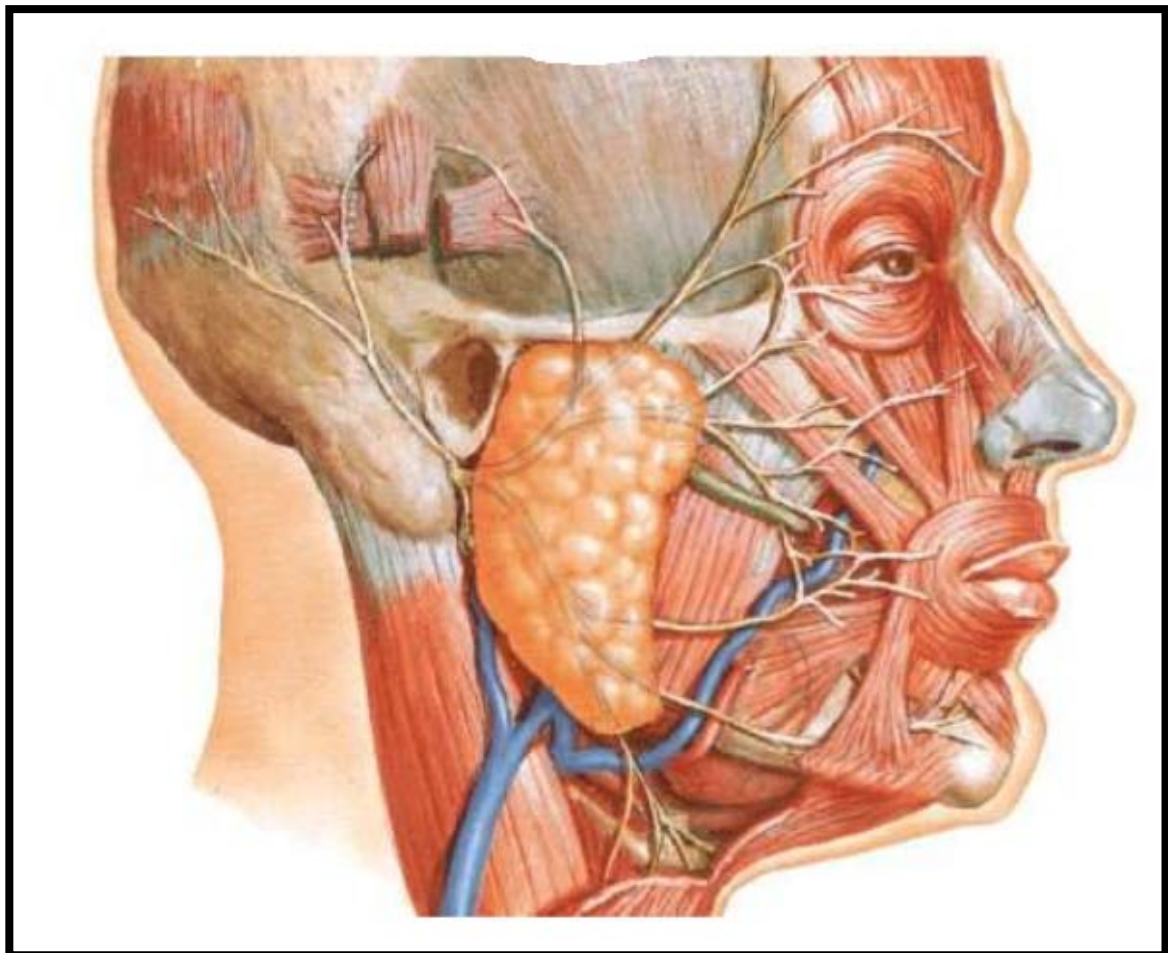


Figure 1 : schéma montrant la situation topographique de la glande parotide

2. RAPPORTS EXTERNES DE LA LOGE PAROTIDIENNE [5, 8, 10]

2-1 LA PAROI LATÉRALE

Elle est la voie d'abord chirurgicale. Elle se présente sous forme d'une gouttière verticale étroite entre le bord postérieur du muscle masséter et le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien. La lame superficielle du fascia cervical s'étend du muscle sternocléido-mastoïdien, recouvre la face latérale de la glande parotide, et va jusqu'au fascia massétérique.

2-2 LA PAROI ANTERIEURE

Elle est formée par (de dehors en dedans):

- Le bord postérieur du muscle masséter
- Le bord postérieur de la branche montante mandibulaire
- Le muscle ptérygoïdien médial, qui se situe en arrière du fascia interptérygoïdien.
- Le bord postérieur de ce fascia forme un épaissement et devient ligament tympano-mandibulaire (né de la fissure tympano-squameuse) et ligament sphénomandibulaire (celui-ci s'insère sur l'épine de l'os sphénoïde).

La parotide présente un prolongement sur la face médiale du muscle ptérygoïdien médial, et qui se dirige vers la paroi latérale du pharynx. Il est recouvert par un mince feuillet fibreux qui s'étend du ligament sphéno-mandibulaire au ligament stylo-mandibulaire.

La boutonnière rétro-condylienne est un orifice formé entre le col mandibulaire et le ligament tympano-mandibulaire. Par celle-ci, la région parotidienne communique avec la fosse infra-temporale, et livre passage au nerf auriculo-temporal (V3), à la veine et à l'artère maxillaires (de haut en bas).

2-3 LA PAROI POSTERIEURE

Elle est formée par la partie latérale du diaphragme stylien : cloison fibro-musculaire frontale qui sépare la région parotidienne en avant, de la région rétro-stylienne en arrière.

Elle présente (de dehors en dedans) :

- Le ventre postérieur du muscle digastrique.
- Le muscle stylo-hyoïdien.
- Le ligament stylo-hyoïdien.
- Le ligament stylo-mandibulaire.

Les trois derniers naissent du processus styloïde.

A ce niveau, le nerf facial passe entre le muscle digastrique et stylo-hyoïdien qu'il innerve. L'artère carotide externe chemine entre le muscle et le ligament stylo-hyoïdiens. Le ligament stylo-mandibulaire sépare la paroi postérieure de la paroi antérieure.

2-4 L'EXTREMITE SUPERIEURE

D'avant en arrière, elle est formée par :

- La face postérieure de l'articulation temporo-mandibulaire.
- Le méat acoustique externe cartilagineux. A ce niveau-là, la région parotidienne est perforée par un pédicule vertical formé par l'artère et la veine temporales superficielles, et le nerf auriculo-temporal.

2-5 L'EXTREMITE INFERIEURE

Elle se constitue d'une cloison fibreuse : la cloison inter-mandibulo-parotidienne, formée par le ligament stylo-mandibulaire médialement, et par la bandelette mandibulaire latéralement. Elle constitue une expansion de la lame superficielle du fascia cervical, et est perforée par la veine rétro-mandibulaire. Elle sépare la glande parotide de la glande submandibulaire. Dans la partie médiale, se présente la partie inféro-latérale du diaphragme stylien.

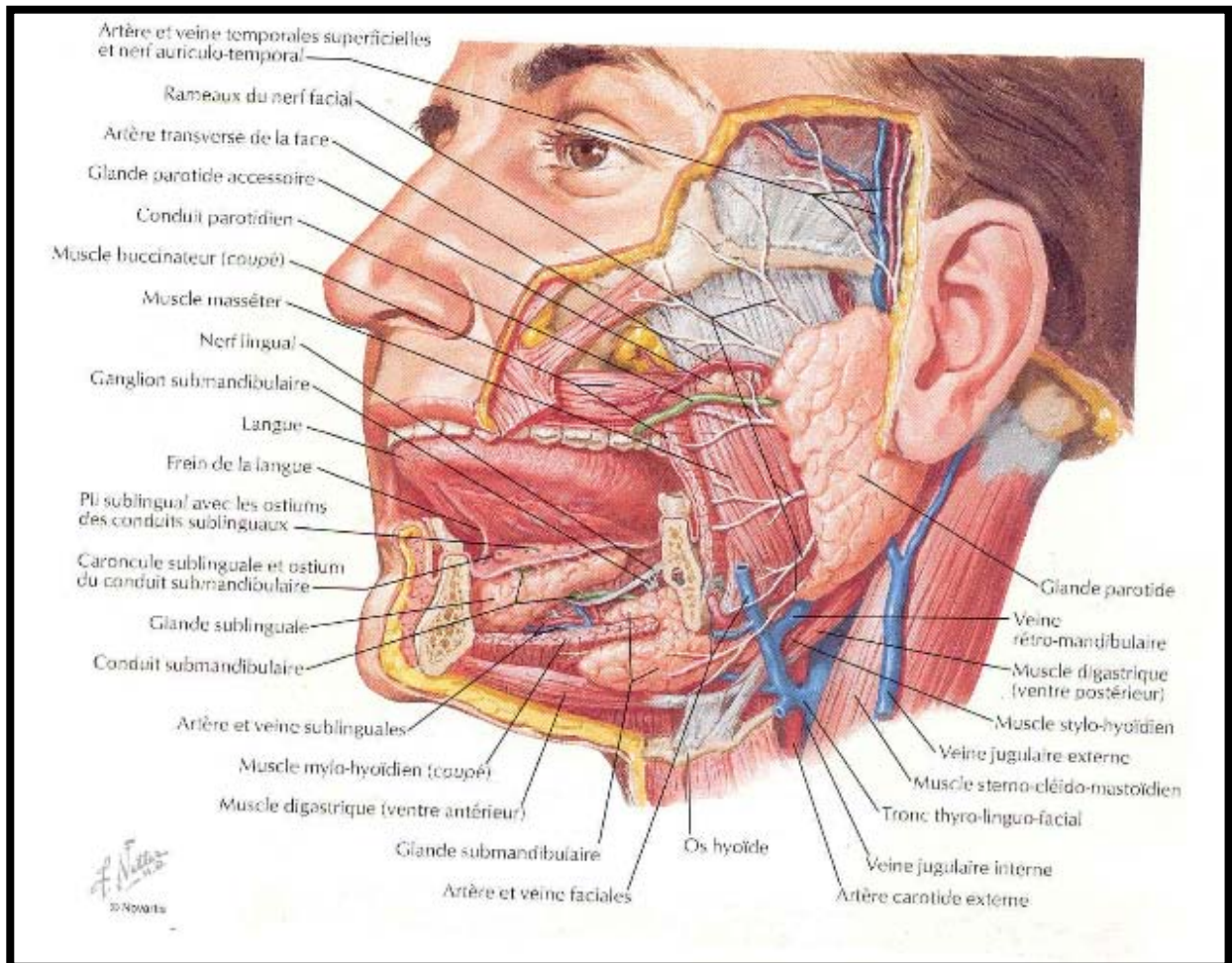


Figure 2 : Schéma montrant les différents constituant de la région parotidienne

3. RAPPORTS INTERNES DE LA LOGE PAROTIDIENNE [7, 8, 10]

3-1 ANATOMIE MORPHOLOGIQUE

La glande parotide épouse les contours de la région, qui lui donne donc sa forme. Elle se moule sur les muscles, ligaments, s'insinue dans les interstices. Au niveau antérieur, le conduit parotidien émerge. A cet endroit, la glande peut donner un prolongement isolé, qui sera la glande parotide accessoire. La glande parotide est séparée des structures environnantes par une couche de tissu conjonctif qui unit sa capsule aux parois de la région, excepté au niveau supérieur, où la glande est très adhérente à l'articulation temporo-mandibulaire.

La glande parotide se présente sous la forme de deux parties : superficielle et profonde, qui sont séparées par le passage du nerf facial, qui se divise en 2 branches : temporo-faciale, et cervico-faciale.

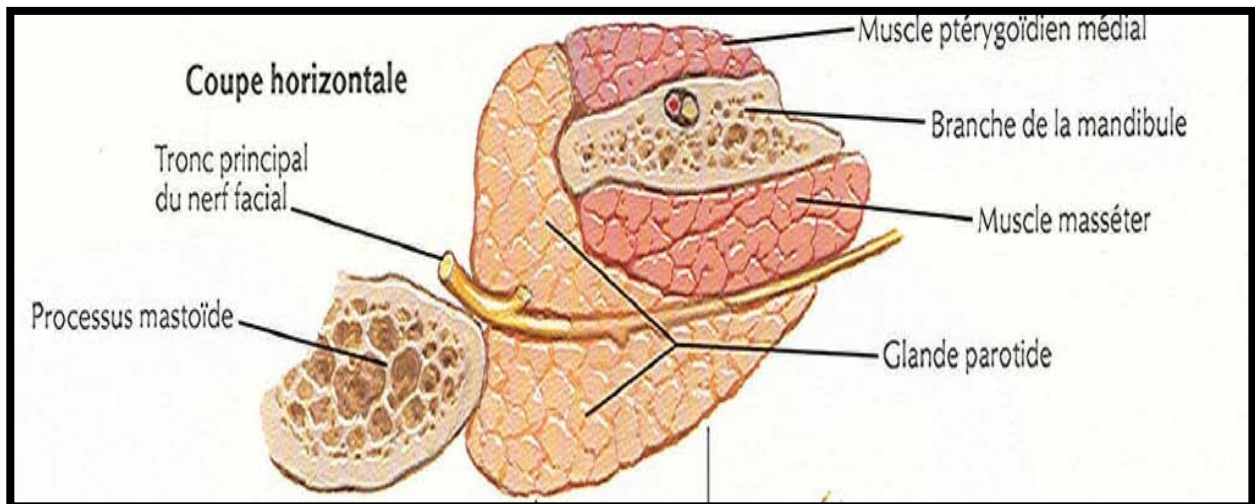


Figure 3 : Schéma d'une coupe horizontale de la parotide

Le canal parotidien, ou canal de Sténon, naît du bord antérieur soit par un seul tronc, qui émerge du lobe profond, soit par deux racines : qui partent du lobe superficiel et profond.

Il se dirige en avant et horizontalement sur la face latérale du muscle masséter. Il se réfléchit au niveau du bord antérieur de ce muscle, et oblique médialement, moulé sur la masse adipeuse de la joue : la boule de Bichat. Puis il perfore le muscle buccinateur et s'ouvre dans le vestibule de la cavité buccale, en regard du collet de la 1^{ère} ou 2^{ème} molaire supérieure.

L'artère transverse de la face est au-dessus du canal parotidien, dont la direction générale projetée sur le plan cutané unit le tragus au bord inférieur de l'aile du nez.

3-2 ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE

a. **Rapports nerveux**

a.1 Le nerf facial

Il pénètre dans la région parotidienne entre le ventre postérieur du muscle digastrique (latéralement) et le muscle stylo-hyoïdien (médialement). Il innerve ces deux muscles. A son arrivée, le nerf se situe très haut dans la base du crâne et très en arrière. Puis il se dirige en bas, en avant horizontalement et se divise dans l'épaisseur de la glande en 2 rameaux :

- La branche temporo-faciale, qui se divise à son tour en rameaux temporaux, zygomatiques, et buccaux supérieurs.
- La branche temporo-cervicale, qui donne les rameaux buccaux inférieurs, le rameau marginal de la mandibule et le rameau du cou.

Les rameaux temporaux quittent la région parotidienne en croisant l'arcade zygomatique. Ils rejoignent le muscle auriculaire antérieur, orbiculaire des paupières, occipito-frontal, sourcilier, abaisseur du sourcil, et pyramidal du nez.

Les rameaux zygomatiques cheminent au-dessus du canal de Sténon pour arriver dans la région génienne où ils innervent les muscles zygomatiques, releveur de l'angle de la bouche, releveur de l'angle du nez et de la lèvre supérieure, les deux parties du muscle nasal, et le muscle abaisseur du septum nasal (myrtiforme).

Les rameaux buccaux supérieurs innervent le muscle buccinateur et la partie supérieure du muscle orbiculaire des lèvres. Les rameaux inférieurs descendent d'abord en arrière de la branche montante de la mandibule. Ils donnent des rameaux pour le muscle risorius, le muscle orbiculaire de la bouche (moitié inférieure).

Le rameau marginal de la mandibule innerve les muscles triangulaires des lèvres, carré du menton, et de la houppe du menton. Le rameau du cou innerve le muscle platysma.

Les rameaux terminaux forment un plexus nerveux intra-parotidien qui clive la glande en deux parties (et non en deux lobes, car, par définition, un lobe doit avoir un canal excréteur particulier). Les rameaux terminaux quittent la glande parotide le long de son bord antérieur.

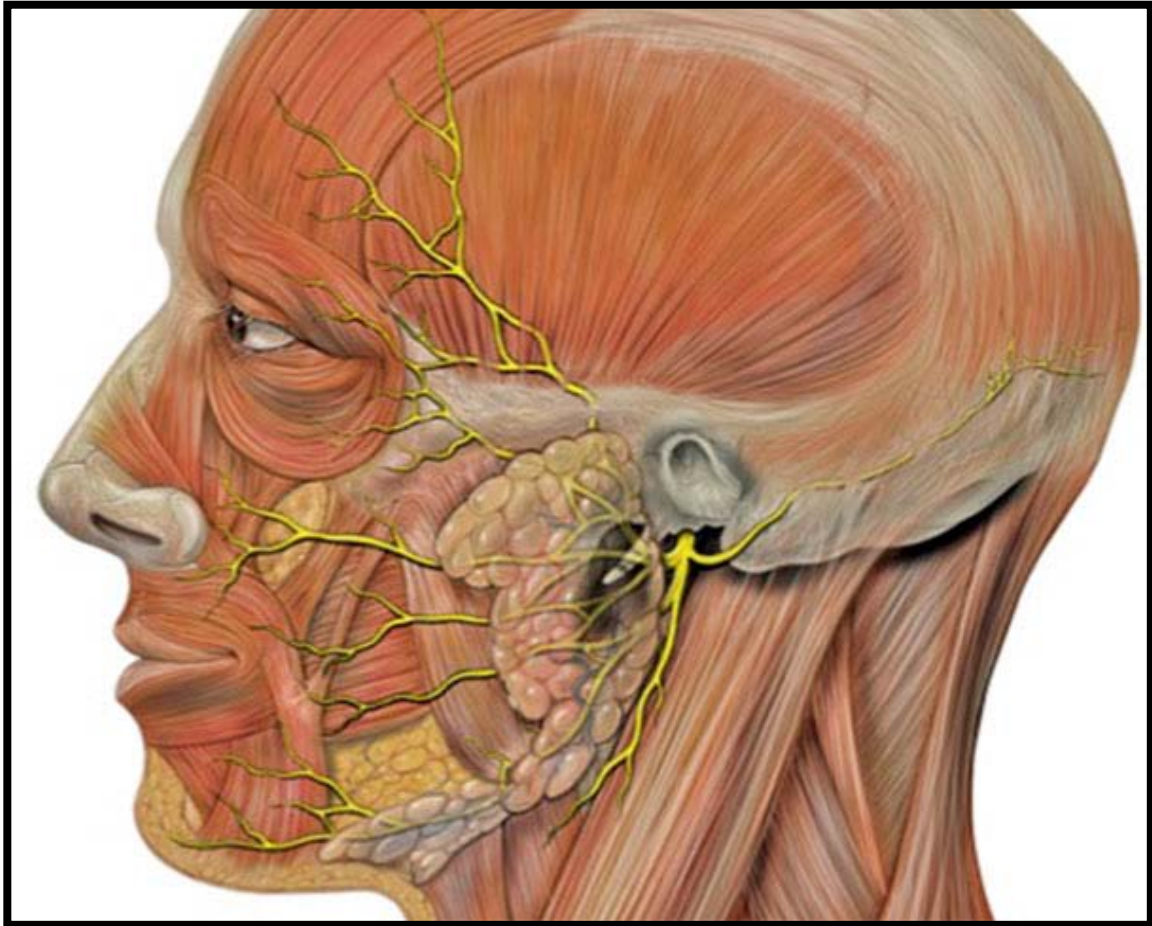


Figure 4 : Schéma montrant les branches de division du nerf facial et leurs rapports avec la parotide

a-2 Le nerf auriculo-temporal

Le nerf auriculo-temporal, issu du V3, pénètre dans la glande parotide dans sa partie supérieure, par la boutonnière rétro-condylienne, au-dessus des vaisseaux maxillaires. Il traverse le pôle supérieur de la parotide en arrière des vaisseaux temporaux, pour se diriger en haut vers la région temporale.

Il donne des rameaux innervant la glande parotide (nerfs sécrétoires véhiculant des fibres nées du noyau salivaire inférieur du nerf glosso-pharyngien [IX]), le méat acoustique externe, l'articulation temporo-mandibulaire. Le nerf grand auriculaire se ramifie dans le tissu cellulaire de la face superficielle du fascia cervical.

Le noyau de commande pour l'innervation sécrétoire est le noyau salivaire inférieur.

Celui-ci se situe dans la moelle allongée, sous la fosse rhomboïde en regard du trigone du nerf vague (X). Les fibres empruntent le nerf glosso-pharyngien, puis le nerf tympanique. Dans la caisse du tympan, les fibres cheminent dans le nerf petit pétreux. Il sort de la pyramide temporale par le hiatus du canal du nerf petit pétreux, et traverse la base du crâne soit par le foramen pétreux, soit par la fissure sphéno-pétreuse, soit par le foramen déchiré. Il se jette dans le ganglion otique situé sur la face médiale du nerf mandibulaire. Dans le ganglion, les fibres nerveuses font synapse avec un deuxième neurone dont l'axone parcourt le nerf auriculo-temporal et gagne la parotide directement ou pas. Il peut y avoir des anastomoses avec le nerf facial.

b. Rapports vasculaires

b-1 L'artère carotide externe

L'artère carotide externe entre dans la région parotidienne par le diaphragme stylien, entre le muscle stylo-hyoïdien latéralement, et le ligament stylo-hyoïdien médialement : le triangle pré-stylo-hyoïdien. Elle est l'organe le plus postérieur de la région parotidienne en pénétrant à 2 cm au-dessus de l'angle mandibulaire, juste au-dessus de la bandelette mandibulaire. Elle bifurque à 4 cm au-dessus de l'angle mandibulaire pour se terminer en artère temporale superficielle et artère maxillaire.

Dans la région parotidienne, l'artère donne des branches collatérales :

- L'artère auriculaire postérieure, qui naît de la face postérieure de l'artère carotide externe, et se dirige en haut et en arrière vers le bord antérieur de la mastoïde.
- Des rameaux parotidiens qui se ramifient dans la glande.

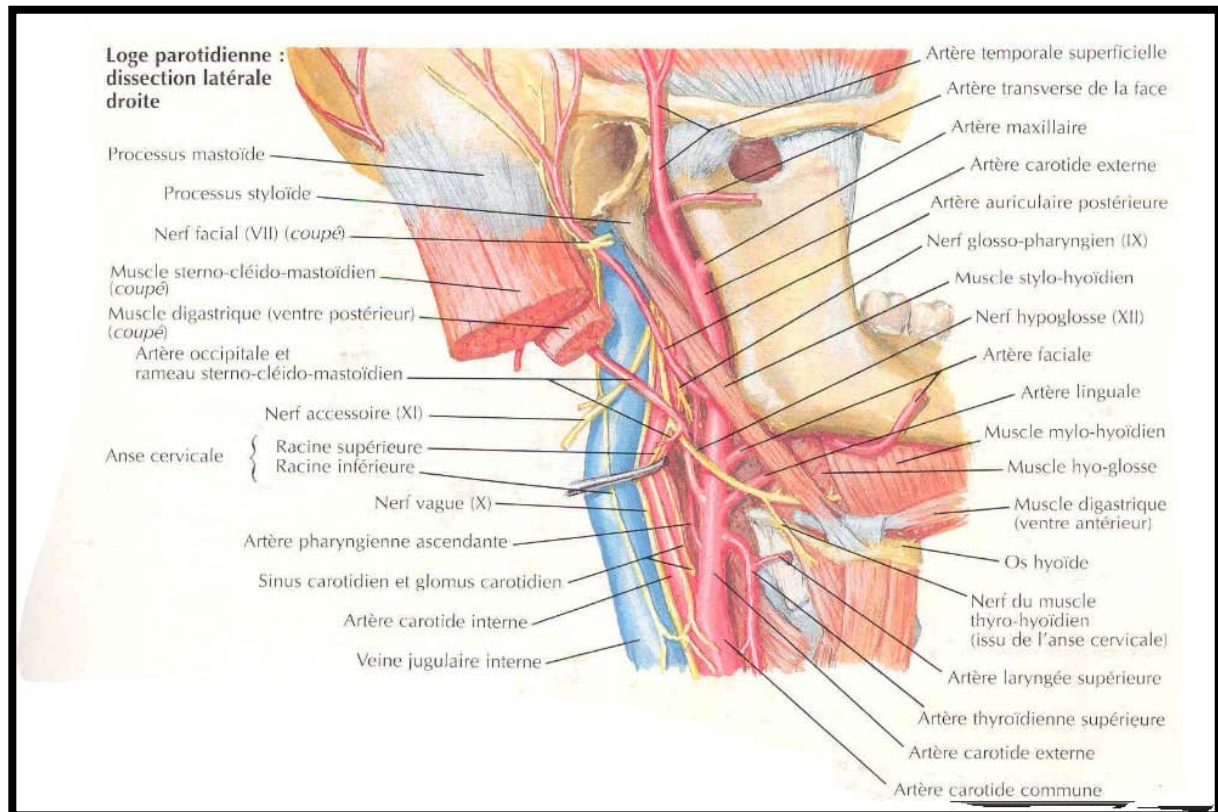


Figure 5 : schéma montrant les rapports vasculaires de la région parotidienne

b-2 La veine jugulaire externe

La veine jugulaire externe naît dans l'épaisseur de la glande parotide, sur la face médiale du plexus nerveux facial de la réunion des veines temporale superficielle et maxillaire. Elle descend verticalement médialement par rapport au nerf facial, puis sur la face latérale du muscle sterno-cléido-mastoïdien dans un dédoublement du fascia cervical. Elle se jette au niveau de la base du cou dans la veine subclavière. La veine rétro-mandibulaire quitte le plexus veineux parotidien, et traverse la bandelette mandibulaire. Elle se termine dans le tronc veineux thyro-linguo-facial. Une autre veine s'anastomose avec la veine jugulaire externe, la veine carotide externe, qui est plus rare. Elle perfore le diaphragme stylien avec l'artère homonyme, pour se terminer dans le tronc veineux thyro-linguo-facial.

b-3 Les lymphatiques

Les noeuds lymphatiques de la région parotidienne sont constitués :

- D'un noeud sus-aponévrotique situé devant le tragus
- De deux groupes de noeuds lymphatiques sous-aponévrotiques situés à la face superficielle de la glande parotide :
 - un groupe antérieur, pré-auriculaire
 - un groupe inférieur, infra-auriculaire
 - les noeuds profonds intra-glandulaires suivent l'artère carotide externe, la veine jugulaire externe, et les vaisseaux
 - les noeuds lymphatiques de la région parotidienne drainent les lymphatiques provenant : du cuir chevelu, de la région temporale, de la région frontale, des paupières et de la racine du nez, de l'oreille externe (auricule, méat acoustique externe, membrane du tympan), de l'oreille moyenne (caisse du tympan, trompe auditive, et cellules mastoïdiennes) de la muqueuse de la cavité nasale et de la glande parotide.

Cependant, les noeuds lymphatiques de la région parotidienne ne drainent pas les lymphatiques de l'aile du nez, des lèvres, de la cavité orale (particulièrement la langue), le pharynx, et la tonsille palatine.

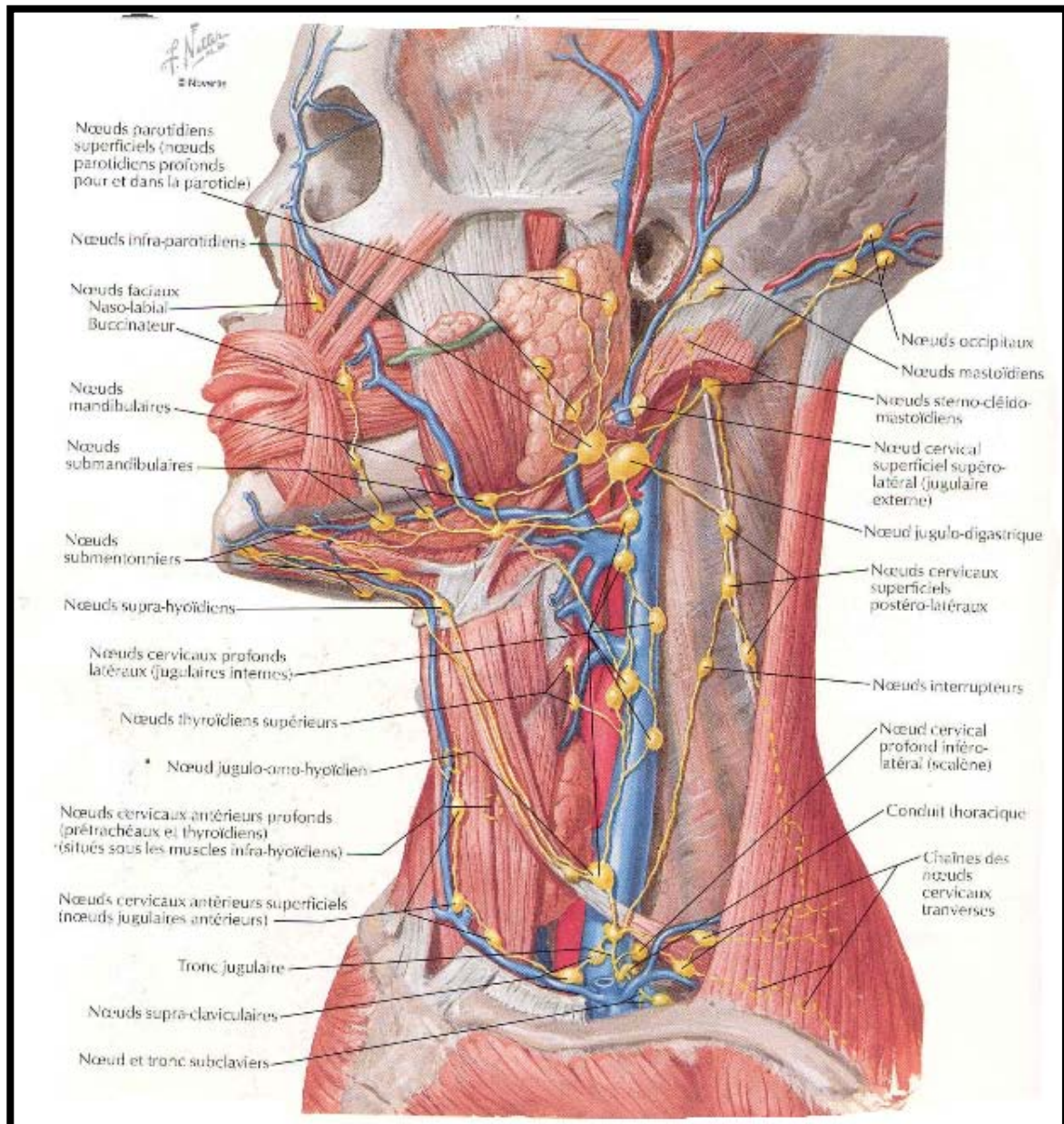


Figure 6 : schéma montrant les groupes ganglionnaires du drainage lymphatique de la tête et du cou

IV. HISTOLOGIE DE LA GLANDE PAROTIDE (5, 11, 12)

La glande parotide est une glande exocrine de structure acineuse. Elle est essentiellement séreuse. Le parenchyme salivaire se constitue d'acini et de canaux. Un lobule est formé par un

ensemble d'acini. Plusieurs lobules forment un lobe. La glande est constituée par l'ensemble des lobes. L'acinus présente un canal intercalé, le lobule présente un canal strié, le canal excréteur se situe au niveau du lobe, et le canal principal : canal de Sténon, est unique et sert pour l'excrétion de la salive.

Différents types de cellules sont retrouvés dans la glande :

- Les cellules acineuses séreuses,
- Les cellules des canaux intercalés
- Les cellules des canaux striés
- Les cellules myoépithéliales, autour des acini, des canaux intercalés et striés.

Chaque unité glandulaire est vascularisée par une artériole, accompagnée par une veinule, qui suit le trajet canalaire correspondant.

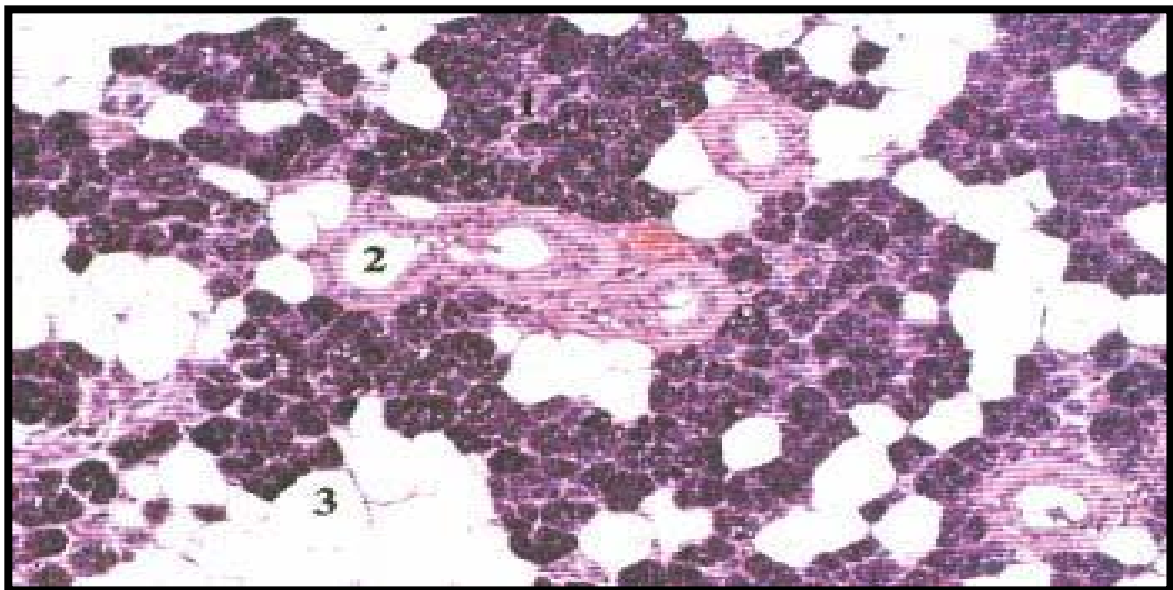
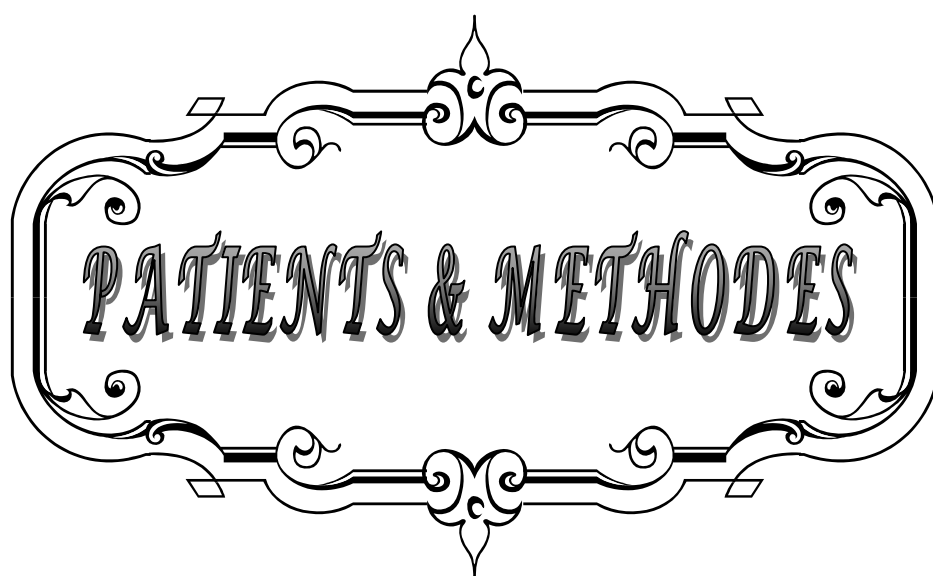


Figure 7 : Tissu parotidien normal.



PATIENTS & METHODES

De janvier 2000 à décembre 2012 tous les dossiers des patients opérés, au service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, pour une tumeur de la parotide, ont été regroupés. C'est ainsi que 76 cas ont été retenus pour ce travail.

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant permis l'analyse des données épidémiologiques, anatomocliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives. Une fiche d'exploitation a été préparée pour recueillir les renseignements existants dans les dossiers des malades. (Annexe I).

Nous avons procédé à une analyse statistique comparative de ces différents paramètres entre les patients présentant des tumeurs bénignes et ceux présentant des tumeurs malignes.

Le but de notre étude est de déterminer les facteurs prédictifs de malignité dans les tumeurs parotidiennes.

I. ÉTUDE CLINIQUE

Tous les patients concernés par cette étude ont fait l'objet d'un examen clinique minutieux comportant un interrogatoire, un examen de la région parotidienne et cervicale, un examen otorhinolaryngologique, et un examen somatique et général.

II. ÉTUDE PARA CLINIQUE

Des examens para cliniques ont été d'une grande importance pour étudier les tumeurs parotidiennes :

- L'échographie cervicale : elle a permis d'étudier l'écho structure, les dimensions des lésions, et la présence d'adénopathies cervicales.
- La TDM cervicale : elle a permis une bonne précision des différentes composantes tissulaires et kystiques ainsi que le siège exact des lésions parotidiennes, l'extension locorégionale et la présence d'adénopathies cervicales.

- L'IRM reste l'examen de choix en matière des tumeurs parotidiennes.
- La cytoponction à l'aiguille fine.

III. DONNÉES THÉRAPEUTIQUES

Le recueil des données thérapeutiques a été basé sur l'analyse des registres du bloc opératoire, qui a permis de préciser le type d'anesthésie, la nature de l'intervention chirurgicale, ainsi que les complications post opératoires immédiates.

IV. EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

L'examen anatomopathologique extemporané a été réalisé de façon systématique chez tous nos malades.

V. ÉVOLUTION

Tous nos malades ont fait l'objet d'un suivi à court terme pour dépister les complications post opératoires, et d'un suivi à long terme à la recherche de récives tumorales.



RESULTATS

I. ÉPIDÉMIOLOGIE

1. FRÉQUENCE

Pendant notre période d'étude, 6 cas de tumeurs de la parotide en moyenne ont été recrutés chaque année.

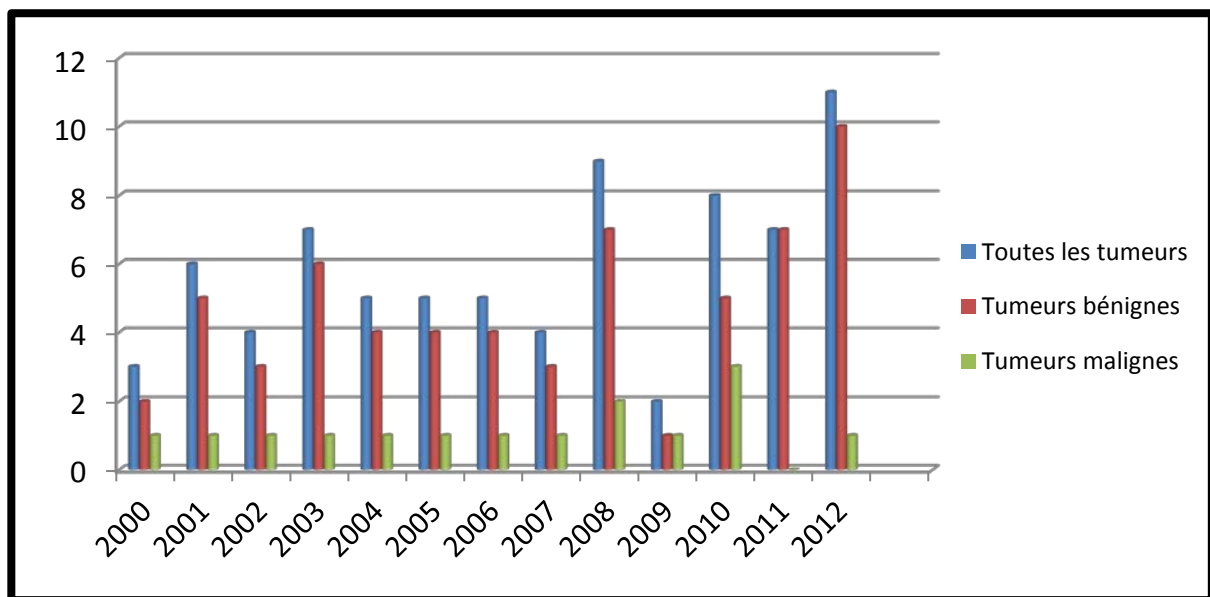


Figure 8 : Répartition annuelle des malades

2. RÉPARTITION SELON LE SEXE

Tous groupes confondus, le sex-ratio (F/H) est de 1,12 (40 femmes, 53% ; pour 36 hommes, 47%). Le sex-ratio (F/H) était de 1.34 pour les tumeurs bénignes et de 0.5 pour les tumeurs malignes.

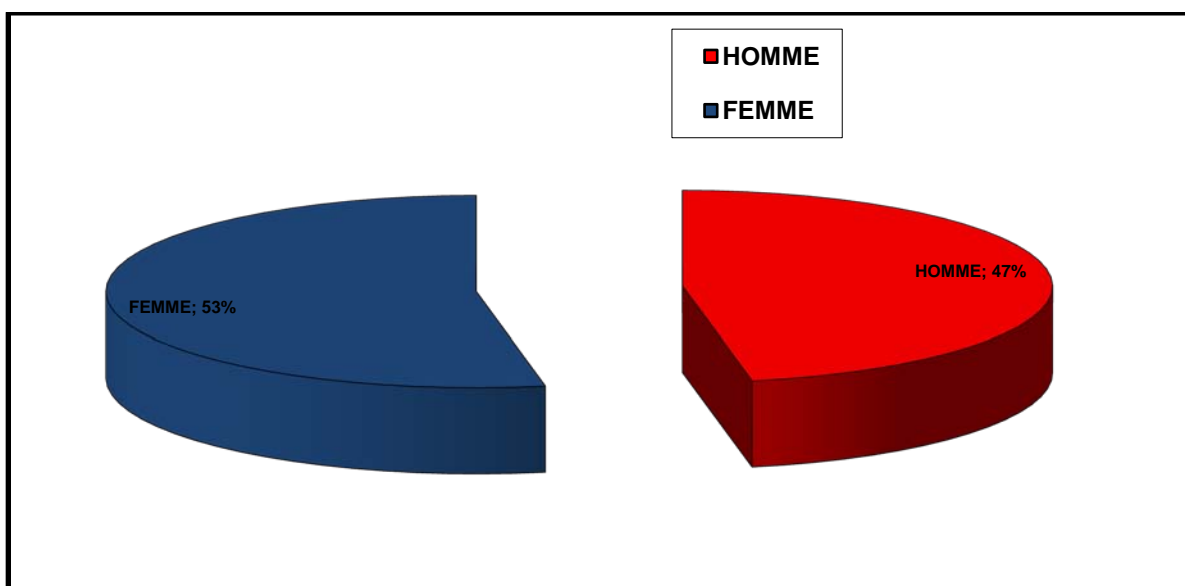


Figure 9 : répartition des patients selon le sexe

Tableau I : Corrélation entre le sexe et la nature histologique

	HOMME		FEMME	
	Nombre	%	Nombre	%
Tumeurs bénignes	26	43%	35	57%
Tumeurs malignes	10	66%	5	34%
Toutes les tumeurs	36	47%	40	53%

3. AGE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC

La moyenne d'âge de nos patients a été de 45 ans avec des extrêmes de 17 et 70 ans. La quatrième décennie a été la plus touchée.

L'âge moyen était de 44 ans pour les tumeurs bénignes alors qu'il était de 50 ans pour les tumeurs malignes.

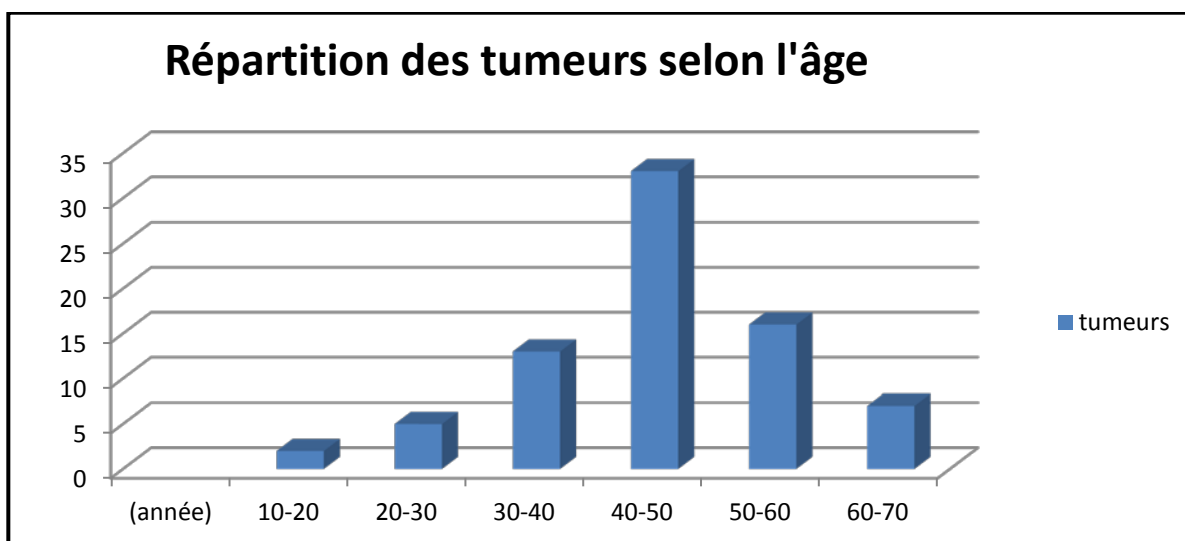


Figure 10 : Répartition des patients selon l'âge

Tableau II : Répartition par tranche d'âge et selon le type histologique.

Tranches d'âge (année)	Toutes les tumeurs (nombre)	Tumeurs bénignes (nombre)	Tumeurs malignes (nombre)
10-20	2	2	0
20-30	5	4	1
30-40	13	11	2
40-50	33	30	3
50-60	16	10	6
60-70	7	4	3

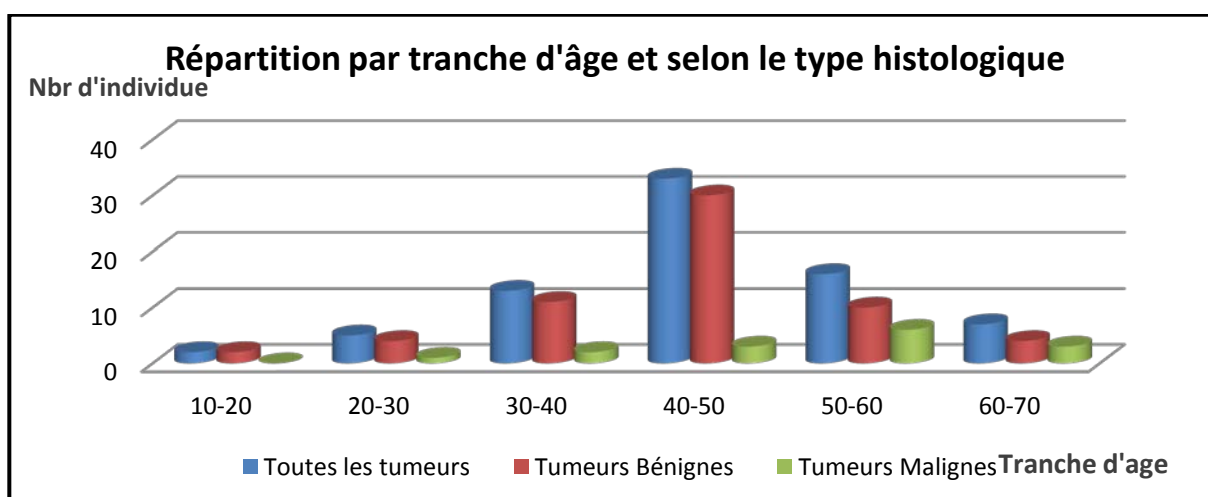


Figure 11 : Répartition par tranche l'âge et selon le type histologique

Tableau III : Corrélation entre l'âge et la nature histologique

	Tumeurs bénignes	Tumeurs malignes
Age moyen (ans)	44	50

4. ANTÉCÉDENTS

Nous n'avons pas retrouvé de facteur de risque particulier chez nos malades en dehors de:

- ✓ Dix malades étaient diabétiques type II.
- ✓ Une HTA a été notée chez 8 malades.
- ✓ On n'a pas noté d'antécédents de maladies de systèmes, de tuberculose ou d'ancienne irradiation chez nos patients.

II. CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

1. DÉLAI DE CONSULTATION

Le délai moyen entre le début des symptômes et la consultation a été de 20 mois avec des extrêmes allant de 2 et 70 mois. Le délai moyen était de 24 mois pour les tumeurs bénignes et de 16 mois pour les tumeurs malignes.

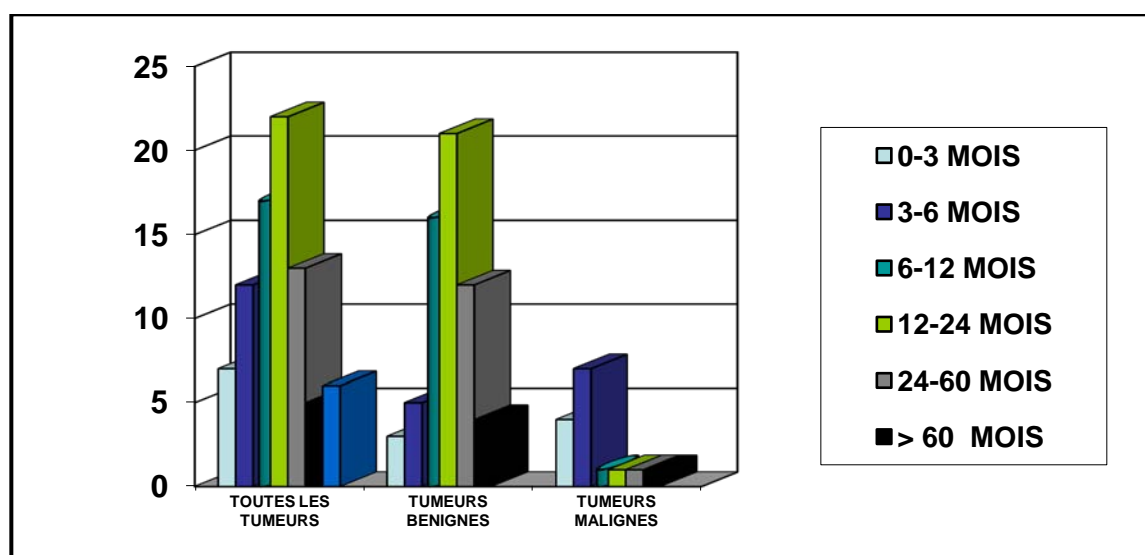


Figure 12 : Répartition des tumeurs parotidiennes selon le délai de consultation

Dans 30% des cas, le délai de consultation était entre 12 et 24 mois, cela suggère que nos patients ont consulté à un stade relativement précoce.

Tableau IV : Corrélation entre le délai de consultation et la nature histologique

	Tumeurs bénignes	Tumeurs malignes
Délai moyen	24 mois	16 mois

2. SIGNES RÉVÉLATEURS

- La tuméfaction de la région parotidienne a été un signe révélateur constant. Elle a été retrouvée chez 100% des patients.
- La paralysie faciale a été retrouvée dans 4 cas (3 cas des tumeurs malignes et un seul cas de tumeur bénigne).
- six malades (8%) avaient une douleur de la région parotidienne dont la plupart étaient des tumeurs malignes (4 cas de tumeurs malignes contre 2 cas de tumeurs bénignes).
- Des adénopathies cervicales ont été rapportées chez 4 malades (5%) ayant tous des tumeurs malignes.

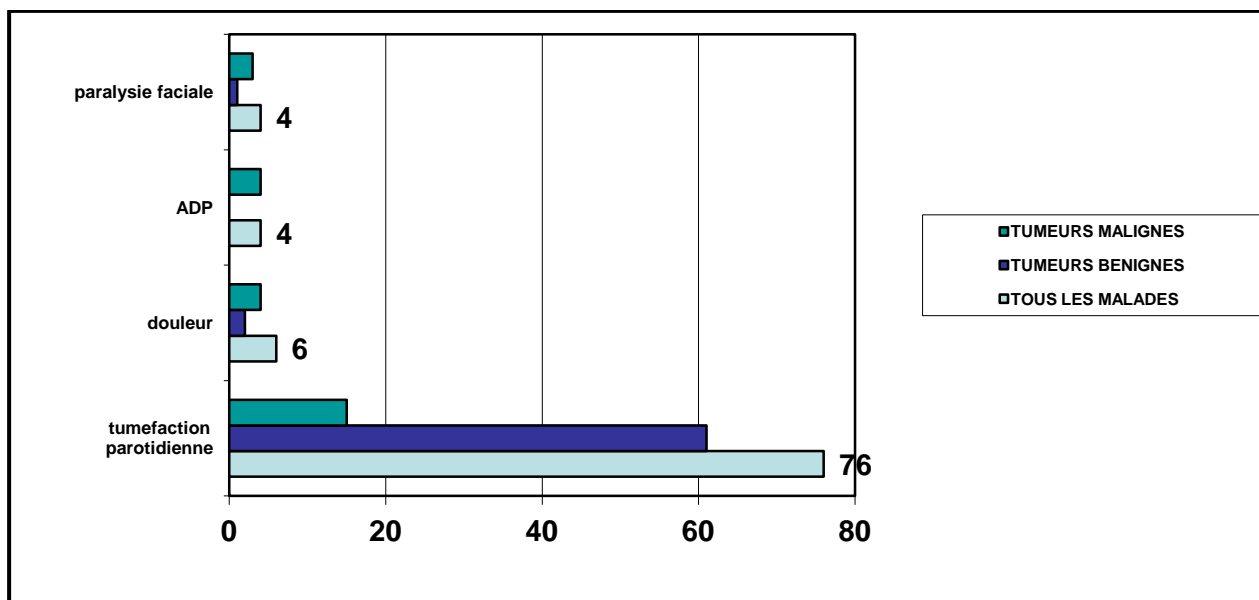


Figure 13 : Signes révélateurs

3. EXAMEN CLINIQUE

3-1 L'examen clinique de la région parotidienne

L'examen clinique de la région parotidienne avait montré une tuméfaction chez la totalité des malades associée à une paralysie faciale dans 4 cas. Des adénopathies ont été palpées chez 4 patients.

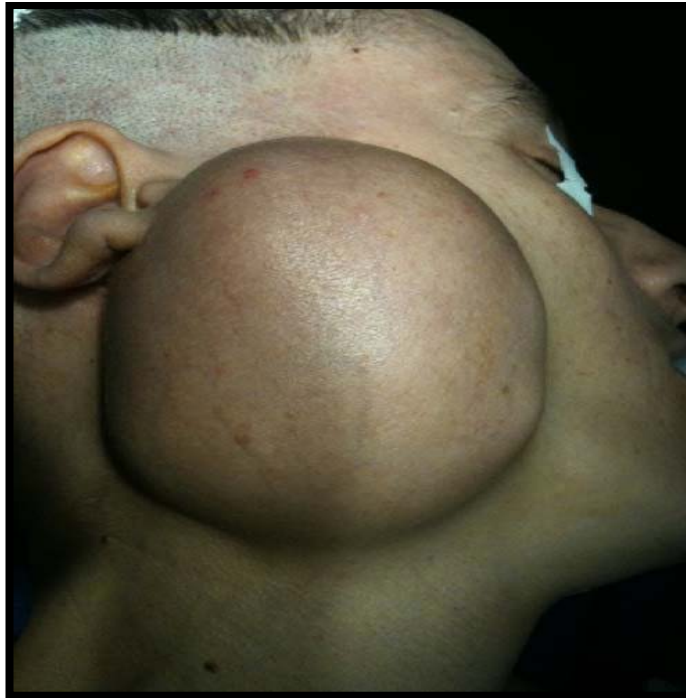


Figure 14 : Tuméfaction de la région parotidienne droite chez un patient de 32 ans



Figure 15 : Aspect infiltrant d'une tumeur parotidienne maligne chez un patient de 56 ans

a. Siège

Il n'existe pas de prédominance d'un côté par rapport à l'autre : Le côté droit est concerné dans 36 cas (47%) contre 40 cas (53%) pour le côté gauche.

b. Consistance

La consistance ferme a été notée chez 72% des patients ; soit 55 cas (81% des tumeurs bénignes (49 cas) contre 40% des tumeurs malignes (6 cas)) alors que la consistance dure fut observée dans 22% des patients ; soit 16 cas (13% des tumeurs bénignes (8 cas) et 54% des tumeurs malignes (8 cas)). La consistance rénitente n'a été observée que dans 6% des cas (5 malades).

Tableau V : corrélation entre la nature histologique et la consistance de la tumeur

Consistance de la tumeur	Tous les malades		Tumeurs bénignes		Tumeurs malignes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Ferme	55	72%	49	81%	6	40%
Dure	16	22%	8	13%	8	54%
Rénitente	5	6%	4	6%	1	6%

c. Mobilité de la tumeur

On note que 94% des tumeurs (72 cas) étaient mobiles par rapport au plan superficiel; ceci a été constaté pour toutes les tumeurs bénignes (61 cas) alors que cette mobilité n'a été observée que dans 73% des tumeurs malignes (11 cas). 20% des tumeurs (15 cas) étaient fixes par rapport au plan profond (40% des tumeurs malignes (6 cas) contre 14% des tumeurs bénignes (9 cas)).

Tableau VI : étude de la corrélation entre la nature histologique et la mobilité par rapport aux plans de voisinage

Mobilité		Tous les patients		Tumeurs bénignes		Tumeurs malignes	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Peau	mobile	72	94%	61	100%	11	73%
	Fixe	4	6%	0	0%	4	27%
Plan profond	mobile	61	80%	52	86%	9	60%
	Fixe	15	20%	9	14%	6	40%

3. 2. L'examen de la cavité buccale

L'examen endobuccal n'a pas révélé d'anomalie au niveau de l'orifice du canal de sténon, un refoulement médial de la loge amygdalienne homolatérale a été retrouvé chez une seule patiente (un cas d'adénome pléomorphe).

3. 3. L'examen des aires ganglionnaires

L'examen des aires ganglionnaires avait trouvé des adénopathies cervicales jugulo-carotidiennes supérieures homolatérales chez 4 malades.

3. 4. L'examen des paires crâniennes

L'examen des paires crâniennes avait montré une paralysie faciale périphérique complète chez 4 patients.

3. 5. L'examen somatique

Le reste de l'examen somatique s'est révélé normal.

III. EXAMENS PARACLINIQUES

1. ÉCHOGRAPHIE PAROTIDIENNE

L'échographie parotidienne a été réalisée chez 60 malades. Elle avait montré la taille, les limites, et l'écho structure tumorale, celle-ci a été hypoéchogène chez 54 patients, hétérogène et mal limité chez 5 patients, et kystique et mal limitée chez un seul patient. Les adénopathies cervicales ont été visualisées dans 5 cas. Sa spécificité était de 41% pour les tumeurs malignes et de 93% pour les tumeurs bénignes.

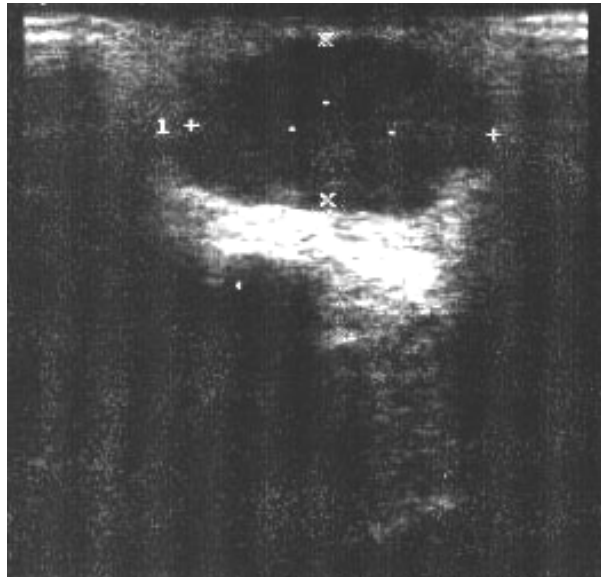


Figure 16: Echographie de la région parotidienne (Tumeur circonscrite de la parotide)

2. TOMODENSITOMÉTRIE

Le scanner de la région parotidienne et cervicale a été réalisé chez 40 malades. Sa spécificité était de 80 % pour les tumeurs malignes et de 93% pour les tumeurs bénignes.

Il avait montré :

- Une tumeur au dépend du lobe superficiel chez 21 patients.
- Une tumeur au dépend des deux lobes chez 19 patients.
- Une tumeur de nature tissulaire chez 24 patients.
- Une tumeur de nature kystique chez 8 patients.
- Une tumeur de nature mixte chez 8 patients.

Il a évoqué une tumeur maligne chez 10 patients devant:

- Un aspect hétérogène de la tumeur.
- Des limites irrégulières et un rehaussement massif à l'injection du produit de contraste.
- Un envahissement des structures adjacentes dans un seul cas.
- Un centre nécrosé dans un seul cas.

**Tableau VII : comparaison statistique de la taille de la tumeur
entre tumeurs bénignes et tumeurs malignes**

	Diamètre moyen (cm)
Tumeurs bénignes	3.48
Tumeurs malignes	4.71
Toutes les tumeurs	3.95

La taille moyenne de la tumeur a été de 3.95 cm avec des extrêmes de 4 à 8 cm. La taille moyenne était de 4.7 cm pour les tumeurs malignes contre 3.48 cm pour les tumeurs bénignes.

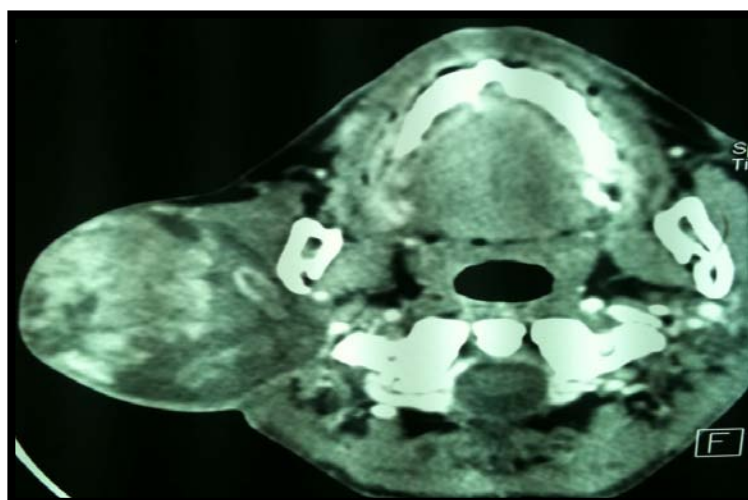


Figure 17 : TDM de la région parotidienne: Enorme tumeur de la parotide droite

3. L'IRM

L'IRM réalisée chez 23 malades, elle avait pour objectif surtout d'analyser le signal de la tumeur parotidienne et ses rapports avec les structures de voisinage (fig. 18).

L'IRM a évoqué une tumeur bénigne chez 10 patients devant des formations nodulaires bien limitées et rehaussées de façon hétérogène à l'injection du Gadolinium.

La nature maligne a été évoquée chez 13 patients devant:

- Un processus tissulaire hétérogène, mal limité, En hyposignal T2, avec développement aux dépend des deux lobes superficiel et profond ; retrouvé chez 10 patients.

- Le refoulement en dedans de la graisse para pharyngée et extension au pavillon de l'oreille dans un seul cas.
- Une formation hétérogène à centre nécrosé au dépend du lobe profond avec adénopathies sous digastriques dans deux cas.

Sa spécificité était de 92 % pour les tumeurs malignes et de 90% pour les tumeurs bénignes.

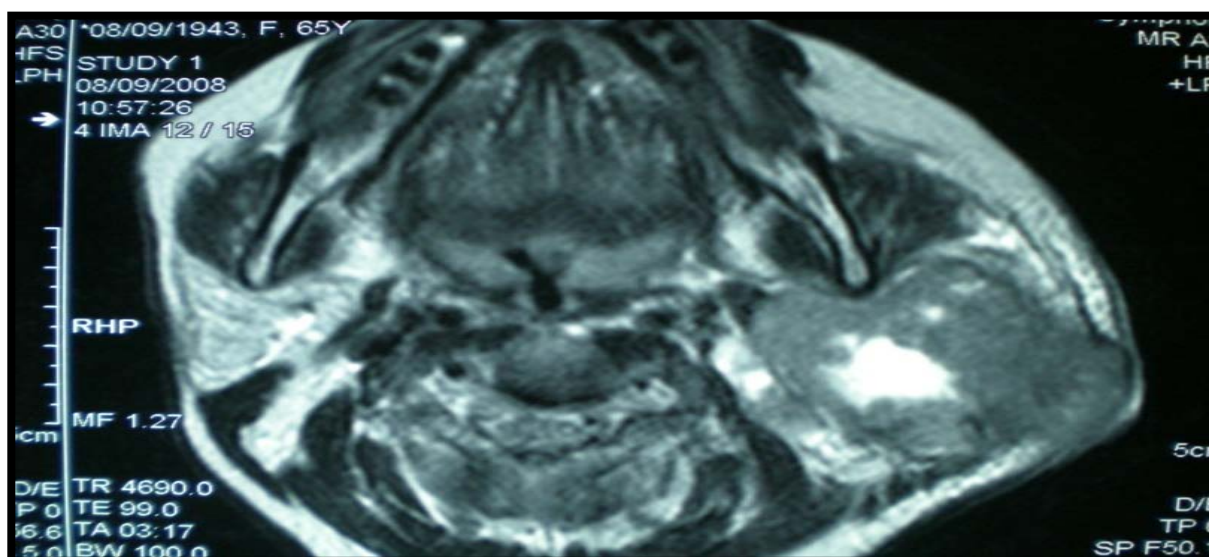


Figure 18 : IRM de la région parotidienne (coupe axiale) : Enorme tumeur de la parotide gauche.

Tableau VIII : Etude de la spécificité des différents moyens d'imagerie utilisés chez nos patients en fonction de la nature histologique de la tumeur

	Tumeurs malignes			Tumeurs bénignes		
	Suspicion de malignité	Suspicion de bénignité	Spécificité	Suspicion de malignité	Suspicion de bénignité	Spécificité
ECHO	4	6	40%	2	38	95%
TDM	8	2	80%	2	28	93%
IRM	12	1	92%	1	9	90%

4. CYTOPONCTION

La cytoponction a été réalisée chez 12 patients. Le résultat était non concluant dans 3 cas, bénin dans 7 cas et malin dans 2 cas.

IV. BILAN D'EXTENSION

Le bilan d'extension a été clinique et para clinique. Il a montré :

- Une extension à la peau en regard dans un seul cas.
- Une extension à la fosse ptérygomaxillaire dans un seul cas.

Le bilan d'extension général a fait appel à deux examens : la radiographie pulmonaire, l'échographie abdominale.

1. RADIOGRAPHIE PULMONAIRE

Tous les malades ont bénéficié d'une radiographie pulmonaire dans le cadre de recherche de métastases, cet examen a été sans anomalies dans tous les cas.

2. ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE

Elle a été réalisée chez tous nos malades. Elle n'a montré rien de particulier.

V. CLASSIFICATION TNM

Au terme du bilan d'extension, les patients présentant une tumeur maligne de la parotide (15 cas) ont été classés selon la classification de l'UICC (Union Internationale Contre le Cancer) de 2002. (Ci-dessous)

La classification TNM des tumeurs parotidiennes malignes selon l'UICC (Union Internationale Contre le Cancer) de 2002.
Tx : Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive T1 : Tumeur \leq 2cm dans son plus grand diamètre sans extension macroscopique extra-parenchymateuse (peau, tissus mous, os, nerf). T2 : Tumeur $>$ 2cm mais \leq 4cm dans son plus grand diamètre sans extension macroscopique extra-parenchymateuse (peau, tissus mous, os, nerf). T3 : Tumeur $>$ 4cm avec extension extra-parenchymateuse (sans atteinte des structures listées en T4 et sans atteinte microscopique uniquement). T4A : Tumeur avec atteinte de la peau, de la mandibule, du conduit auditif externe ou du VII. T4B : Tumeur envahissant la base du crâne, la ptérygoïde ou la carotide.
Nx : Renseignements insuffisants pour classer les nœuds lymphatiques N0 : Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux. N1 : Présence d'une seule adénopathie homolatérale $<$ 3cm dans son plus grand diamètre. N2a : Présence d'un seul ganglion homolatéral $>$ 3cm mais $<$ 6cm dans son plus grand diamètre. N2b : Présence d'adénopathies homolatérales multiples, toutes $<$ 6cm. N2c : Présence d'adénopathies bilatérales ou controlatérales $<$ 6cm. N3 : Présence d'une adénopathie $>$ 6cm dans sa plus grande dimension.
Mx : Présence d'une ou plusieurs métastases à distance ne pouvant être étudiées M0 : Pas de métastase à distance. M1 : Présence d'une ou plusieurs métastases à distance.

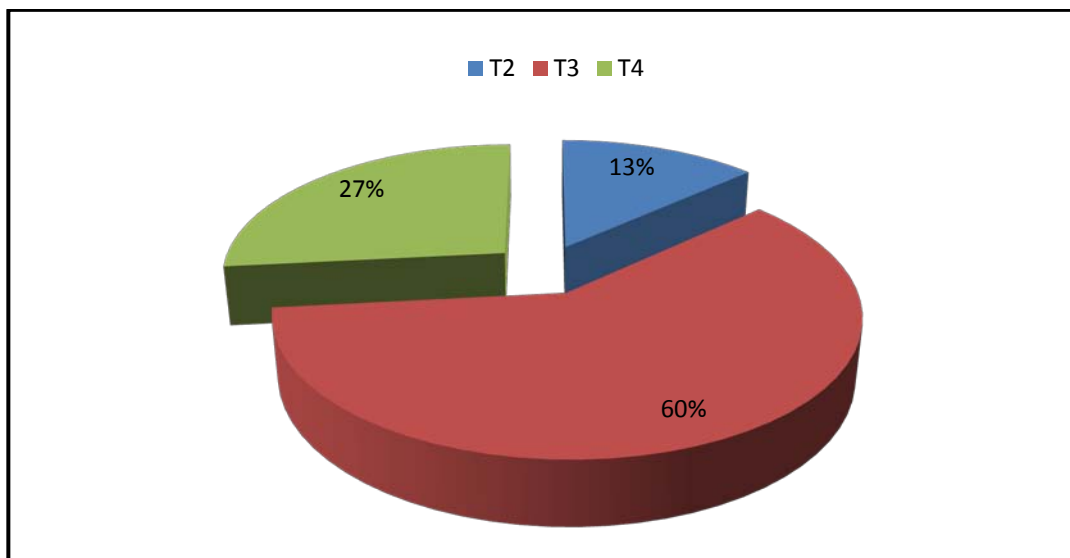


Figure 19 : Répartition des cas classés selon le stade T

On note que 60% des tumeurs malignes (9 cas) sont classées T3, les tumeurs T2 et T4 ne représentent successivement que 13% (2 cas) et 27% (4cas).

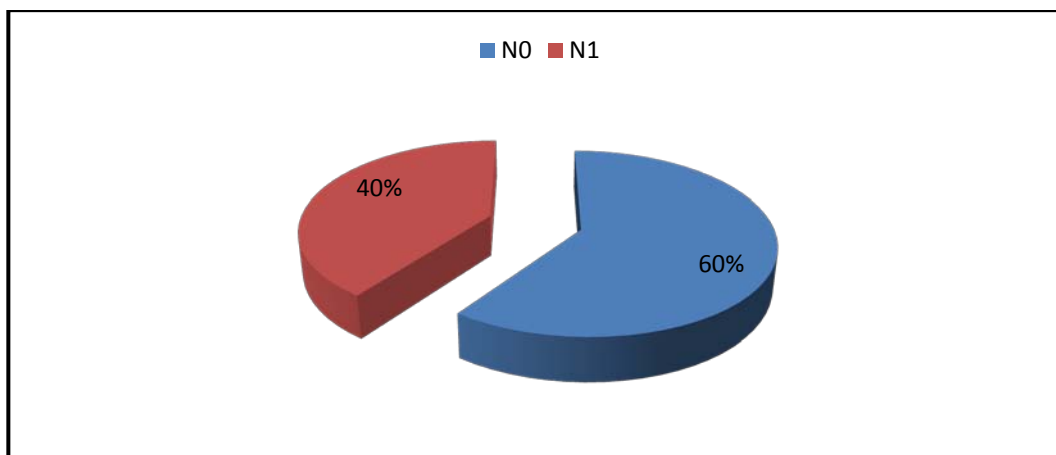


Figure 20 : Répartition des cas classés selon le stade N

On remarque que 60% des patients sont classés N0 (9 cas); seuls 4 patients de notre série avaient des adénopathies cliniquement décelables.

VI. TRAITEMENT

1. CHIRURGIE

Tous les patients de notre étude avaient bénéficié d'une parotidectomie exploratrice avec une analyse histologique extemporanée. Le geste chirurgical a consisté en une parotidectomie partielle (exofaciale) dans 48% des cas et totale dans 52% des cas. Le sacrifice du nerf facial a été effectué chez 2% des patients (1 seul cas). Un geste ganglionnaire a été associé, en cas de tumeurs malignes, dans 32% des cas. Il s'agissait d'un curage fonctionnel dans 10% des cas, un curage triangulaire dans 22% des cas.

Tableau IX : Répartition des cas selon le type de chirurgie

	Toutes les tumeurs	Tumeurs Malignes	Tumeurs Bénignes
Totale	40 %	5%	35%
Totale+curage	12 %	12%	0
Exofaciale	48 %	0	48%

1-1 Résultats histologiques

Un examen anatomopathologique extemporané a été fait chez tous nos patients :

- ✓ Cet examen avait répondu « bénin » dans 61 cas, soit 80% des cas. L'examen anatomopathologique définitif avait conclu à : un adénome pléomorphe dans 47 cas, une tumeur de Warthin dans 7 cas, et un adénome à cellule basale dans 3 cas, un cystadénome dans 2 cas et un papillome canalaire dans 2 cas.
- ✓ L'examen extemporané avait répondu « malin » dans 15 cas, soit 20% des cas. Il s'agissait, en effet, à l'examen anatomopathologique définitif d'un carcinome muco-épidermoïde dans 5 cas, un carcinome adénoïde kystique dans 4 cas, un carcinome à cellule claire dans 3 cas, un carcinome à cellule acineuse dans 2 cas, un cas de lymphome malin non hodgkinien et un cas d'adénocarcinome.

Les tumeurs bénignes représentait 80% des cas avec comme chef de file l'adénome pléomorphe qui représente 61% de toutes les tumeurs et 80 % des tumeurs bénignes.

Le carcinome muco-épidermoïde représentait 33% des tumeurs malignes et 6% de toutes les tumeurs.

Tableau X : Résultats histologiques des tumeurs parotidiennes de notre série

	Type histologique	Nombre de cas	Pourcentage
TUMEURS BÉNIGNES (61 cas= 80%)	Adénome pléomorphe	47	61%
	Tumeur de Warthin	7	9%
	Adénome à cellules basales	3	4%
	Cystadénomes	2	2.5
	Papillome canalaire	2	2.5
TUMEURS MALIGNES (15 cas= 20%)	Carcinome muco épidermoïde	5	6.5%
	Carcinomes adénoïde kystique	4	5%
	Carcinome à cellules claires	3	4%
	Carcinome à cellules acineuses	2	2.5%
	LMNH	1	1.5%
	Adénocarcinome	1	1.5%

2. RADIOTHÉRAPIE

Un complément de radiothérapie a été réalisé dans 12 cas (16%). Les malades de notre série ont été irradiés par un appareil de cobalt 60.

La technique d'irradiation a obéi à 2 protocoles différents. Cinq malades ont été irradiés par un seul champ direct de la loge parotidienne.

Le délai entre la chirurgie et la radiothérapie a été en moyenne de 8 semaines avec des extrêmes de 4 et 14 semaines.

La dose moyenne d'irradiation a été de 54 Gy à raison de 5 fois 2 Gy par semaine. Cette irradiation a intéressé la région parotidienne dans tous les cas, associée à une irradiation des aires ganglionnaires dans 8 cas de métastases ganglionnaires.

Cette irradiation a engendré certaines complications à type de radiodermite (70% des cas), radiomucite (75% des cas) et fibrose cutanée (25% des cas).

3. CHIMIOTHÉRAPIE

Un cas de LMNH a bénéficié d'une chimiothérapie. Il a reçu le protocole : CHOP (Cyclophosphamide, Adriblastine, Oncovin, Prédnisone).

VII. RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

1. ÉVOLUTION A COURT TERME

Parmi les complications post opératoires, non spécifiques, on avait noté 2 cas d'infection de la plaie opératoire et 3 cas d'hématome, en ce qui concerne les complications spécifiques, on avait noté 3 cas de parésie faciale transitoire ayant régressé sous traitement médical avec kinésithérapie, et 2 cas de paralysie faciale définitive, le syndrome de Frey est survenu chez 2 patients.

2. ÉVOLUTION A LONG TERME

Après un recul de 3 ans, 6 de nos patients ont été perdus de vue et ne faisaient pas partie des malades évaluables. Sur les 70 malades restants, l'évolution a été marquée par 2 échecs thérapeutiques chez 2 patients qui ont eu une reprise évolutive de leur maladie avant 12 semaines de la fin de la radiothérapie. Une seule récurrence a été notée, c'était une femme présentant un carcinome à cellules claires, elle a été adressée pour radiothérapie et décédée 5 mois plus tard, une bonne évolution a été notée dans le reste des cas.



DISCUSSION

I. ÉPIDÉMIOLOGIE

1. INCIDENCE

Les tumeurs de la parotide sont rares. L'incidence annuelle pour 100 000 habitants est estimée à 1 à 2 nouveau cas. [14, 32, 44, 52].

Dans notre série nous avons estimé à 6 nouveaux cas par an dans notre service.

2. AGE

Pour LIN l'âge moyen des tumeurs bénignes est de 47 ans et de 49 pour les tumeurs malignes [43]. La moyenne d'âge de cancer de la parotide est de 46 ans pour Tsai [56], 49 ans pour Choi [57], 61.7 ans pour Gehanno [47], et 61 ans pour Papadogeorgakis [51]. Pour Dale [18], la majorité des cancers de la parotide surviennent entre 50 et 60 ans, 2% chez l'enfant et 16% chez le sujet de moins de 30 ans.

Pour l'ensemble de nos 76 patients, la moyenne d'âge a été de 45 ans avec un pic de fréquence entre 40 et 50 ans. L'âge moyen des patients présentant des tumeurs bénignes était de 44 ans et ceux présentant des tumeurs malignes étaient de 50 ans.

Dans la littérature; L'âge n'est pas un facteur prédictif de la nature histologique.

3. SEXE

La plus vaste étude épidémiologique, réalisée par Wahlberg [58], à partir des données du registre suisse du cancer, sur 2283 patients présentant un carcinome parotidien, révèle une légère prédominance masculine pour ces tumeurs avec 1.1 homme atteint pour 1 femme. Tsai [56], retrouve sur 108 cas de cancer de la parotide 51% de sexe masculin. Pour Lin, sur une série de 271 patients, le sex-ratio était de 1 pour les tumeurs bénignes et de 3 pour les tumeurs malignes [43].

Dans notre série le sex-ratio (F/H) égale à 1,12. Il était de 1.34 pour les tumeurs bénignes et de 0.5 pour les tumeurs malignes. On note une nette prédominance masculine pour les tumeurs malignes. Ce résultat est comparable aux données de la littérature.

4. FACTEURS DE RISQUE

A travers notre revue de la littérature, nous n'avons retrouvé aucun facteur de risque spécifique au cancer de la parotide.

Certains auteurs rapportent un risque accru autour de 2.5 de cancer des glandes salivaires en cas d'exposition à la poussière de silice [18].

5. Délai diagnostique

Le délai diagnostique moyen dans notre série était de 24 mois pour les tumeurs bénignes et de 16 mois pour les tumeurs malignes. Pour LIN ce délai était de 24 mois pour les tumeurs bénignes et de 60 mois pour les tumeurs malignes [43].

L'ancienneté d'une tuméfaction et la lenteur de sa croissance ne sont pas garantes de sa bénignité. Spiro [55] rapporte 9% de tumeurs malignes évoluant depuis plus de 10 ans lors du diagnostic

II. DONNÉES CLINIQUES

1. TUMÉFACTION

Comme dans notre série, la tuméfaction de la région parotidienne représente le motif de consultation le plus fréquent dans toutes les séries.

Selon Przewozny [52], le cancer de la parotide se présente généralement sous forme d'une tuméfaction indolore de croissance lente. Dans la série de Zbären et celle de LIN [43, 45], 97% des cas ont consulté la première fois pour une tuméfaction de la région parotidienne.

2. DOULEUR

La douleur est peu fréquente et considérée comme un facteur de mauvais pronostic [31]. Elle indique une extension tumorale importante [50].

Elle n'est pas spécifique de la malignité puisqu'elle peut être présente dans 5% des tumeurs bénignes [52]. Pour LIN la douleur a été révélatrice chez 58% des tumeurs malignes [43]. Pour Poorten [59], la douleur est associée aux tumeurs malignes dans 25% des cas.

Dans notre série la douleur a été observée chez 27% des patients (4 cas) porteurs de tumeurs malignes et dans moins de 4% (2 cas) des tumeurs bénignes.

3. PARALYSIE FACIALE

Elle peut être en rapport avec une compression, une inflammation ou l'infiltration péri nerveuse [43]. La paralysie faciale peut être totale ou intéresser uniquement l'un des territoires, supérieur ou inférieur.

Selon Broderick [23], c'est un signe qui aggrave le pronostic et qui est retrouvé dans 14% des carcinomes de la parotide, avec une mortalité de 100% à 5 ans. Dans l'étude de Harbo [60], la paralysie faciale est présente dans 12% des cas.

Dans notre étude, cette paralysie a été retrouvée dans 5% patients (20% des tumeurs malignes et dans 2 % des tumeurs bénignes). Ce pourcentage est abaissé par rapport à ceux de la littérature témoignant que la plupart de nos patients ont consulté à un stade précoce.

4. LA FIXITÉ DE LA TUMEUR PAR RAPPORT AUX PLANS DE VOISINAGE :

Dans notre série on note que seulement 6 % des tumeurs étaient adhérentes par rapport au plan superficiel; aucune tumeur bénigne n'a été fixe par rapport au plan superficiel, contre 27% des tumeurs malignes.

Par rapport au plan profond, 20 % des tumeurs étaient fixe (40% des tumeurs malignes contre 14% des tumeurs bénignes), la fixité à l'un des plans peut être considéré comme un facteur présomptif de malignité.

5. ADÉNOPATHIES

Dans une série de Coiffier [44], les adénopathies ont été palpées chez 5 patients dont 3 se sont révélées être des métastases ganglionnaires. Przewozny [52] dans son étude, a noté l'existence d'adénopathie dans 23% des cas. Dans notre étude, les adénopathies ont été palpées dans 26% des tumeurs malignes (4 cas).

III. EXAMENS PARACLINIQUES

1. ÉCHOGRAPHIE

C'est un examen simple, non invasif, rapide et peu coûteux, qui peut être réalisé en première intention devant toute tuméfaction de la parotide. Elle doit être bilatérale et comparative [28].

L'échographie permet de diagnostiquer une tumeur de la loge parotidienne et de préciser sa localisation intra ou extra-glandulaire dans 100% des cas (3). Certains critères échographiques d'homogénéité du contenu et des limites tumorales plaident en faveur de la nature bénigne ou maligne de la tumeur. Dans notre série, l'échographie a été faite pour 73% des patients (60 cas).

Sa sensibilité est voisine de 100% pour les tumeurs du lobe superficiel, pourcentage unanimement partagé par les différents auteurs, donc sensibilité quasi parfaite [31, 39].

Elle ne permet par contre pas de discerner la partie antérieure du lobe profond ainsi qu'un éventuel prolongement parapharyngé en raison de l'ombre acoustique créée par la branche montante de la mandibule. Le repérage du nerf facial est illusoire. La spécificité est moins bonne, de l'ordre de 80% [31].

Plusieurs critères échographiques permettent d'orienter le diagnostic en faveur d'une tumeur maligne :

- L'inhomogénéité tumorale
- L'aspect hyperéchogène
- Les contours mal limités de la tumeur ou de la glande si la lésion est infiltrante [10]
- La disparition des limites musculaires environnantes
- Ganglions de taille supérieure à 1.5 cm et perte de la structure normale

Au doppler couleur, les tumeurs malignes apparaissent plus vascularisées que les tumeurs bénignes [31]. De plus, cet examen permet de visualiser les zones kystiques ou nécrotiques et guide la cytoponction sur les zones charnues de la tumeur [10].

Dans notre série la présomption de bénignité est de 95% et la présomption de malignité reste faible de 40%.

En conclusion, l'échographie paraît intéressante à demander devant l'apparition d'une masse parotidienne, en l'absence d'éléments cliniques d'orientation. Plusieurs études ont montré que son utilité réside dans l'appréciation de la taille, de la topographie de la tumeur en dehors du lobe profond et la recherche d'éventuelles adénopathies, mais certainement pas pour différencier une tumeur bénigne d'une tumeur maligne [17].

2. LA TOMODENSITOMÉTRIE PAROTIDIENNE ET CERVICALE

L'examen scanographique permet de recueillir des arguments en faveur de l'agressivité des lésions tumorales malignes en fournissant des indications morphologiques (forme, netteté des contours, aspect lobulé ou irrégulier de la lésion, prise de contraste homogène ou hétérogène, éventuel envahissement osseux) permettant de préciser leur topographie et leur extension locorégionale (lobe superficiel ou profond, prolongements tumoraux parotidiens dans la fosse ptérygomaxillaire ou les espaces para pharyngés, rapports avec le nerf facial intra parotidien), mais ne permet pas d'apprécier la nature tumorale, ni l'invasion microscopique [10, 57]. Elle atteste de l'agressivité de certaines tumeurs malignes et l'envahissement des tissus de voisinage. Toutefois, il n'existe pas de critère tomodensitométrique spécifique de la nature de la tumeur parotidienne (3,5). L'aspect hétérogène de la masse, ses limites irrégulières, le réhaussement massif à l'injection du produit de contraste et la présence d'adénopathies satellites étaient en faveur de la nature maligne dans 12 cas. Il s'agissait d'un cas de carcinome muco-épidermoïde et d'un autre cas de carcinome adénoïde kystique.

Dans notre série, la TDM a été faite dans 40 cas, sa spécificité pour les tumeurs bénignes est de 92% alors qu'elle est de 80 % pour les tumeurs malignes.

L'injection de produit de contraste est utilisée pour différencier les structures vasculaires du tissu parotidien ; elle dévoile une éventuelle prise de contraste au niveau de la tumeur [57]. Le tissu parotidien à prédominance grasseuse est hypodense. Les caractéristiques tomodensitométriques des lésions malignes sont peu spécifiques. Les signes les plus fréquemment retrouvés sont [10] :

- L'aspect mal défini des bords de la lésion et son augmentation de densité par rapport au parenchyme glandulaire normal.
- La présence d'une zone centrale liquidienne qui indique une zone de nécrose.
- L'association à des adénopathies pathologiques.

- La présence d'obstructions canalaire importantes et irrégulières sans lithiase associée.
- Envahissement des structures adjacentes [31].

D'autre part une étude a montré que la TDM spiralée est très performante pour orienter vers le caractère malin ou bénin de la tumeur.

L'indication de la TDM selon Coiffier, reste souhaitable mais non indispensable en préopératoire pour les tumeurs classées T1 et T2 et nécessaire pour les T3 et T4 afin de mieux définir les contours et préciser l'extension locale [44].

3. L'imagerie par résonance magnétique

3.1. Caractéristiques de la lésion à l'IRM

L'imagerie par résonance magnétique est un examen non invasif, autorisant des coupes dans tous les plans de l'espace. Sa valeur diagnostique de malignité ou de bénignité est très bonne (3, 5-8). Dans notre série, l'IRM a suggéré la nature maligne chez 13 patients (92%) devant une masse hétérogène de contours irréguliers, en hypo signal T2, infiltrant les tissus adjacents et s'associant à des adénopathies cervicales. La nature bénigne a été évoquée dans 10 cas (93%).

Le caractère homogène ou non de la lésion en séquences T1 et T2 ainsi qu'après injection de gadolinium ne semble pas avoir de valeur prédictive de malignité ou de bénignité. La taille tumorale, sa prise de contraste et sa topographie sont des critères non discriminants.

Les critères de malignité sont au nombre de quatre :

- Contours irréguliers
- Hypo-signal T2
- Signal très hétérogène
- Infiltration adjacente

Pour la mise en évidence des petites lésions intraglandulaires, l'IRM est supérieure au scanner.

3. 2. Nerf facial

La possibilité de sa visualisation reste controversée. Les séquences spin écho en contraste T1 montre que la parotide riche en composants graisseux a un signal plus élevé que les structures musculo-aponévrotiques environnantes et que le trajet du nerf facial est parfois visible en hyposignal relatif dans la parotide [10]. Sa visualisation nécessite son étude attentive depuis sa sortie du foramen stylo-mastoïdien jusqu'à son trajet intra parotidien. Pour Bradley et coll. [1] l'injection de gadolinium peut être une aide précieuse dans le repérage du nerf facial qui est moins rehaussé que le parenchyme glandulaire.

3. 3. Diagnostic de localisation tumorale

Plusieurs auteurs ont tenté de préciser la localisation tumorale, au lobe superficiel ou au lobe profond, grâce à cet examen. ARIYOSHI et coll. [61] proposent pour cela de considérer d'autres critères que le repérage direct du nerf facial qui semble aléatoire surtout en cas de processus expansif tumoral. Deux critères ont ainsi été proposés à partir de l'analyse de coupes axiales pondérées en T1 et T2 :

- Le premier consiste à définir une "ligne du nerf facial", reliant le bord latéral du ventre postérieur du muscle digastrique au bord latéral du ramus mandibulaire ; lorsque la plus grande partie de la lésion se trouve en dehors de cette ligne virtuelle, cette tumeur est considérée comme appartenant au lobe superficiel. A l'inverse, lorsqu'elle se situe en dedans elle est considérée comme appartenant au lobe profond.
- Le second, utilise comme repère la veine rétro mandibulaire lorsque celle-ci est repérable. Si elle est déplacée vers la ligne médiane, ou si elle n'est pas déplacée mais que la tumeur est localisée en dehors de celle-ci, alors la tumeur est considérée comme appartenant au lobe superficiel.

3. 4. Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel avec les lésions extrinsèques de la parotide est aussi aisé qu'en TDM et se fait sur les mêmes arguments, en particulier le déplacement de la graisse de l'espace para-pharyngé.

3. 5. Intérêt dans la surveillance

L'IRM est le meilleur examen, avec l'échographie, pour rechercher les récurrences tumorales sur des patients opérés ou après radiothérapie [10]. D'une manière générale, les lésions séquellaires, fibreuses, restent en hypo signal aussi bien en T1 qu'en T2 et ne se modifient pas après injection de gadolinium, les lésions inflammatoires sont en hyper signal alors qu'une récurrence tumorale, qui paraît en hypo signal en T2, prend le contraste [22].

Ainsi l'IRM tente d'apporter des arguments ayant une valeur localisatrice mais actuellement elle ne permet pas toujours de préciser la localisation tumorale au lobe superficiel ou au lobe profond, ni même l'infiltration du nerf facial. Elle permet néanmoins parfois de guider le geste chirurgical vers une parotidectomie superficielle ou totale et de préserver au mieux le nerf facial. Dans ce but, elle est pratiquée de façon de plus en plus systématique.

4. AUTRES TECHNIQUES RADIOLOGIQUES

CHARABI et coll. [62] ont pensé utiliser le PET (Positron Emission Tomography) et le SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) pour tenter de distinguer :

- En préopératoire : les tumeurs bénignes des tumeurs malignes.
- En postopératoire : les résidus tumoraux des tissus cicatriciels.

Ces nouvelles techniques radiologiques renseignant sur le métabolisme tumoral et sa néo-vascularisation [13, 44].

5. TAILLE DE LA TUMEUR (grand diamètre de la tumeur)

La taille de la tumeur peut être étudiée sur les différents examens sus-cités. Cependant, la taille moyenne de la tumeur dans notre série a été de 3.95 cm avec des extrêmes de 4 à 8 cm. La taille moyenne était de 4.7 cm pour les tumeurs malignes contre 3.48 cm pour les tumeurs bénignes.

Il faut souligner que les petites lésions malignes se présentent en TDM souvent comme des lésions bénignes ce qui explique la difficulté diagnostique. Les carcinomes adénoïdes kystiques et les carcinomes mucoépidermoïdes ont ainsi tendance à être parfaitement délimités et ronds lorsqu'ils sont de petite taille.

6. CYTOPONCTION

La cytoponction à l'aiguille fine, longtemps controversée, trouve de plus en plus sa place dans le bilan pré-opératoire grâce à l'évolution des techniques et l'amélioration de sa sensibilité et sa spécificité et aide à la planification de la stratégie thérapeutique (8).

Elle est d'interprétation difficile, dépendant non seulement de l'expérience du cytologiste, mais aussi beaucoup de la quantité du matériel analysable et des conditions de recueil. La ponction concomitante d'un ganglion intra parotidien adjacent à la tumeur, peut par exemple fausser le diagnostic en ramenant des cellules lymphoïdes, d'autant plus que l'histologiste ne peut s'appuyer sur l'analyse architecturale, n'ayant à disposition qu'un étalement cellulaire.

L'intérêt de la cytoponction peut être apprécié selon deux modalités, l'examen peut être jugé concordant :

- Si le caractère bénin ou malin est confirmé par l'histologie définitive
- Ou bien si le type histologique avancé par la cytologie est confirmé par l'histologie définitive.

Dans la littérature, la proportion de matériel insuffisant ramené par la ponction varie entre 2% et 10%, la sensibilité pour le diagnostic de malignité varie entre 79% et 100%, et sa spécificité varie entre 86% et 100% [31].

Néanmoins, la cytoponction est de réalisation facile, rapide et non invasive. Elle peut être effectuée en consultation guidée par la palpation de la tuméfaction ou après repérage échographique de celle-ci. Elle s'effectue le plus souvent par voie externe trans-cutanée, mais peut également être effectuée par voie orale lorsqu'une extension para-pharyngée est suspectée.

Pour toutes ces raisons, certains auteurs préconisent l'utilisation de cette technique de manière systématique [37], d'autant que le risque d'ensemencement tumoral et de lésion du nerf facial apparaît désormais comme étant très faible. De plus, il n'existe pas de désorganisation architecturale observable sur le trajet de la cytoponction pouvant gêner le diagnostic histologique définitif, seulement parfois la présence de traces hémorragiques.

Quoi qu'il en soit, la cytoponction ne permet actuellement pas de modifier la démarche diagnostique et thérapeutique, puisque seule l'exérèse tumorale avec examen histologique définitif permet d'apporter une certitude quant à la nature exacte de la tumeur. En effet, même en cas de tumeur supposée bénigne, une exérèse chirurgicale doit être pratiquée, en raison du risque de transformation maligne, certes à long terme, mais toujours présent[46].

La cytoponction doit être considérée comme un examen d'orientation [37], un résultat négatif n'éliminant pas une pathologie maligne.

Par ailleurs, TAKASHIMA et coll. [63] proposent dans leur étude l'analyse combinée des données fournies par la cytologie, la cytométrie de flux et l'IRM afin d'augmenter la fiabilité du diagnostic de malignité pour les tumeurs parotidiennes.

Il en est de même pour la combinaison cytologie-IRM lorsque l'IRM retrouve des limites tumorales floues, portant ainsi le taux de diagnostics concordants à 96%.

IV. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1. MACROSCOPIE

L'examen macroscopique oriente le plus souvent vers le type histologique de la tumeur [8]. Les tumeurs bénignes sont souvent bien limitées, de consistance molle et bien encapsulé, alors que la plupart des tumeurs malignes présentent certaines caractéristiques :

- Le carcinome muco-épidermoïde et le carcinome adénoïde kystique se présente sous forme d'une tumeur mal limitée, beige rosée [31].
- La présence d'une infiltration périé neurale est en faveur du carcinome adénoïde kystique [31].
- L'existence de calcifications, de nécrose et d'hémorragie au sein d'une tumeur suggère le carcinome sur adénome pléomorphe [31].
- Une masse unique encapsulée oriente vers le carcinome à cellule acineuse [17].

2. TYPES HISTOLOGIQUES

2. 1. Cancers primitifs de la parotide

Dans la littérature, les tumeurs bénignes représentent les trois quarts de l'ensemble des tumeurs alors que celles malignes n'en représentent que le quart (1). L'adénome pléomorphe est la tumeur parotidienne bénigne la plus fréquente. Cette entité représente 65 à 75% de l'ensemble de toutes les tumeurs parotidiennes et 81% des tumeurs épithéliales bénignes. Cependant, la possibilité de transformation maligne des adénomes pléomorphes a été notée dans 2 à 9% des cas (9).

Dans notre série, l'adénome pléomorphe représentait 61 % des tumeurs (47 cas). Aucun cas de dégénérescence maligne ni de récurrence locale d'un adénome pléomorphe n'a été noté.

La tumeur de Warthin représente 14% des tumeurs parotidiennes bénignes et 5 à 10% des tumeurs de la parotide (9). C'est la 2ème tumeur par ordre de fréquence après l'adénome pléomorphe. Notre étude en recensait 7 cas ; soit 9%.

Les tumeurs parotidiennes malignes sont relativement rares représentant 8 à 25% de toutes les tumeurs parotidiennes et 0,3% de l'ensemble des cancers de l'organisme (2,3). L'adénocarcinome (Fig. 14) et le carcinome muco-épidermoïde (Fig. 15) sont les types histologiques les plus fréquents, ils représentent respectivement 20 et 30% des tumeurs malignes des glandes salivaires, suivi du carcinome adénoïde kystique (Fig. 16) 12% [31].

Gehanno [47], a montré que 25% des patients ont un adénocarcinome, suivi du carcinome muco-épidermoïde dans 22% des cas. Oudidi [48], dans une étude de 115 cas de tumeurs malignes de la parotide, a retrouvé que le carcinome adénoïde kystique représente 13% des cas, suivi de l'adénocarcinome avec 12% des cas. Poorten [59], dans une série de 231 personnes atteintes de cancers de la parotide, a constaté que le carcinome adénoïde kystique a été observé chez 16% des malades, suivi du carcinome à cellules acineuses dans 15% des cas.

Dans notre série Le carcinome muco-épidermoïde était le plus fréquent 6.5 % (5cas), suivi du Carcinome adénoïde kystique 5%(4 cas). Seifert [53], divise les cancers en deux groupes, tumeurs de bas grade de malignité, généralement de bon pronostic et les tumeurs de haut grade de malignité, de pronostic défavorable.

2. 2. Métastases intra-parotidiennes

Les métastases intra-parotidiennes sont essentiellement secondaires aux mélanomes et aux carcinomes épidermoïdes cutanés de la face et du cou [31], parfois à un cancer viscéral (rein, poumon, pancréas, thyroïde, estomac). La prise en charge diagnostique de ces tumeurs parotidiennes métastatiques ne diffère pas de celle des autres tumeurs parotidiennes.

Elles bénéficient également de l'apport de la cytoponction et de l'imagerie telle que l'IRM.

Les modalités de leur traitement sont bien documentées dans la littérature. Les attitudes thérapeutiques diffèrent selon le type tumoral en cause (carcinome épidermoïde ou mélanome) et son stade.

3. EXTENSION TUMORALE

C'est l'apanage des tumeurs malignes. Elle peut se faire localement vers différentes structures : la peau, la mandibule, la région para-pharyngée. La tumeur peut venir faire saillie au niveau de la paroi latérale de l'oropharynx ou élargir le voile membraneux du palais, atteindre la base du crâne (conduit auditif externe, foramen ovale), la région sous-maxillaire, le trajet du nerf facial, le nerf auriculo-temporal et le ganglion de Gasser.

L'extension loco-régionale se fait vers la chaîne jugulaire interne et la chaîne spinale par 4 voies : rétro-glandulaire et satellites de la jugulaire externe, de la carotide externe et de la veine rétromandibulaire.

Les localisations préférentielles des métastases à distance sont [29]:

- Pulmonaires (42.4%)
- Cérébrales (12.1%)
- Hépatiques, cutanées, osseuses.

V. CLASSIFICATION TNM DES TUMEURS MALIGNES

Papadogeorgakis [51], dans une étude récente faite au Japon sur 1683 tumeurs malignes de la parotide, a montré une prédominance des stades cliniques avancés au moment du diagnostic. Ainsi les T3 et T4 ont été trouvées dans 76% des cas, d'autre part et selon le même auteur l'absence d'adénopathie était la règle avec un N0 dans 80% des cas. Poorten [59], dans une série de 168 cas a trouvé que les stades T1 et T2 ont été de 47% et que 78% des cas sont N0. Marandas [64] a trouvé dans une série de 69 cas, que les tumeurs localement avancées (T3 et T4) ont été de 39% et que 84% des cas sont N0.

Dans notre série, 60% des cas sont classés T3 et 60% des cas sont classés N0 contre 40% des cas sont classés N1.

VI. TRAITEMENT

1. MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES

1. 1. Chirurgie

La chirurgie est le traitement de base des tumeurs de la parotide. Son but est :

- D'éradiquer la tumeur et son drainage lymphatique
- De préserver autant que possible le nerf facial
- De prévenir les récurrences locorégionales

Deux sites opératoires sont réalisés, la chirurgie de la parotide et celle des ganglions cervicaux.

Il existe plusieurs variétés de parotidectomies :

- superficielle ;
- polaire inférieure ;
- totale simple avec dissection antérograde ou rétrograde ;
- élargie à la peau avec ou sans sacrifice du nerf facial – associée ou non à un curage, à une greffe nerveuse.

Dans ce chapitre abordant la technique chirurgicale, nous envisagerons uniquement les parotidectomies superficielle et totale.

a. **Incision**

L'incision est tracée au crayon dermographique en suivant classiquement les contours d'un S italique. En fait elle est constituée de trois parties : (Fig. 21)

- supérieure, verticale, prétragienne dans un pli de peau sur une longueur de 2 à 3 cm.
- moyenne contournant le lobule de l'oreille et se dissimulant sous le pavillon ; elle ne doit pas trop se prolonger en arrière en particulier chez le sujet âgé, afin d'éviter de faire un angle trop aigu, source de nécrose, pour amorcer la troisième partie de l'incision.

- inférieure, courbe, située dans la mesure du possible dans un pli de peau et dont la longueur sera fonction du développement et du siège.

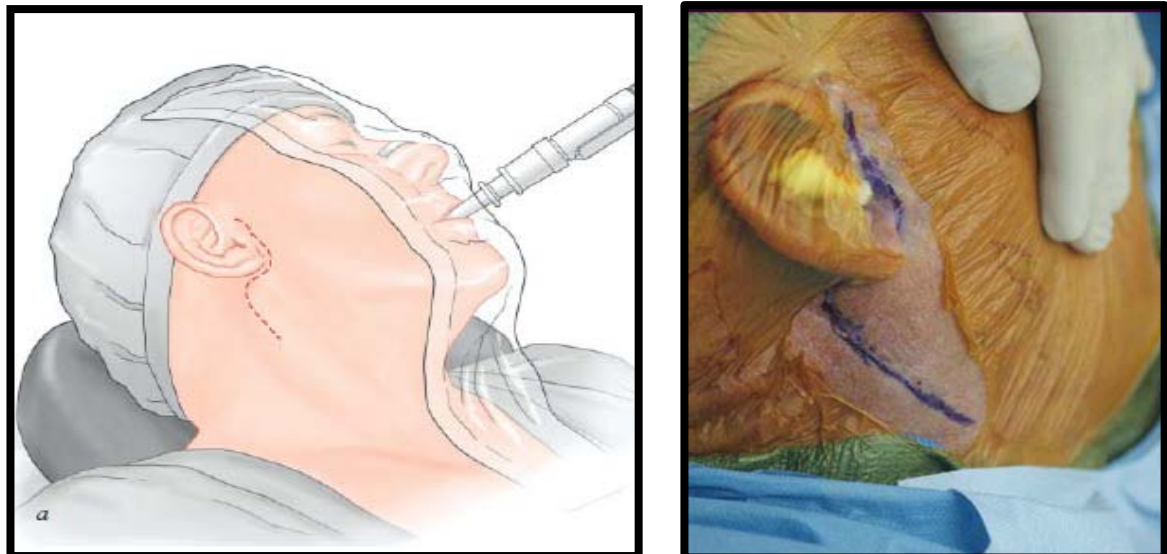


Figure 21 : schéma et vue opératoire montrant le tracé de l'incision [16]

b. Décollement du lambeau cutané

Le décollement du lambeau cutané est fonction du siège de la tumeur, il peut se faire dans deux types de plans : (Fig. 22)

- En cas de tumeur superficielle, il se fera sous la peau dans le tissu cellulo-graisseux au ras des bulbes pileux afin de rester à distance de la tumeur.
- En cas de tumeur profonde, il est mené sous le plan du SMAS qui sera gardé en tension.

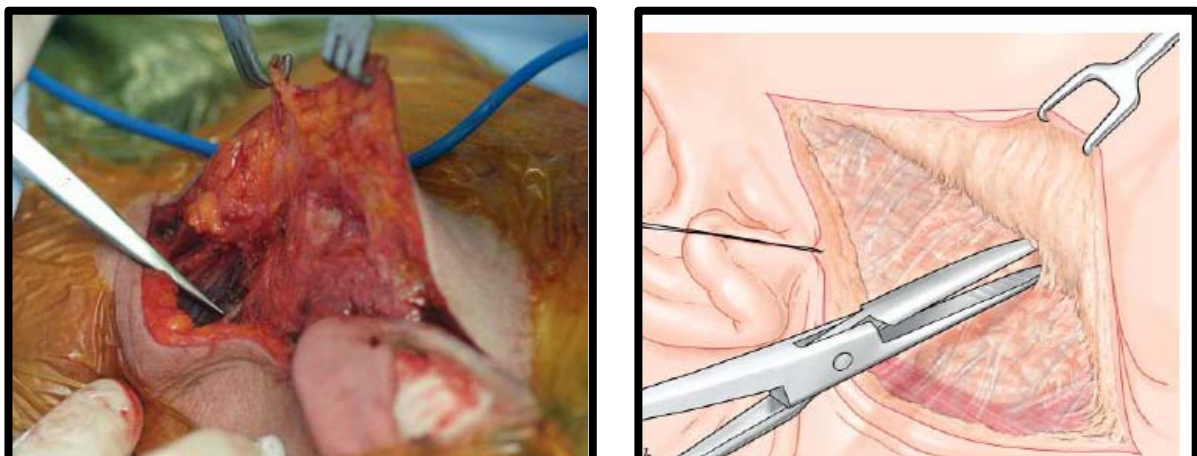


Figure 22 : Décollement à la face superficielle du fascia parotidien (système musculoaponévrotique superficiel de la face) [16]

- ✓ Repérage et isolement du ventre postérieur du muscle digastrique :

Il est habituel de faire le repérage et l'isolement du ventre postérieur du muscle digastrique en premier car les insertions postérieures de ce muscle constituent le premier repère de découverte du nerf facial apportant un premier renseignement sur sa profondeur. Il faut prendre garde dans ce temps de dissection de rester superficiel par rapport au muscle et de ne pas disséquer en dessous de lui car dans cette région se trouve de nombreux dangers vasculo-nerveux, en particulier le nerf spinal. (Fig. 24)

- ✓ Décollement du conduit cartilagineux jusqu'au processus triangulaire de Schwalbe (pointeur de Conley) : (Fig. 23)

Ce plan est parfois difficile à trouver et le dégagement de la partie antérieure du conduit cartilagineux se fait de façon exsangue du moins dans sa partie supérieure ; en bas, il faut se méfier de la présence d'une collatérale de l'artère occipitale pouvant gêner la dissection et dont l'hémostase est parfois difficile.

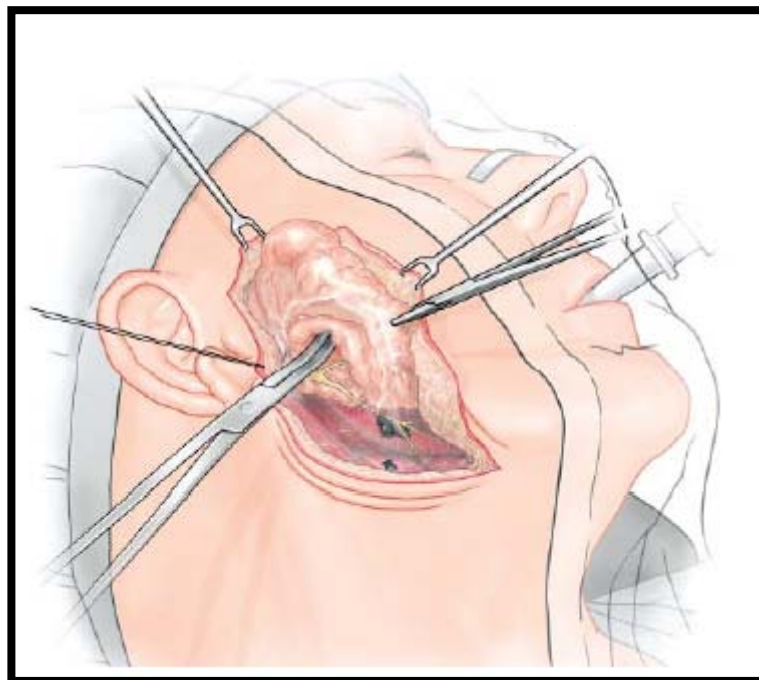


Figure 23: Création de la gouttière interparotido-tragienne sus-jacente à l'émergence supposée du nerf facial [16]

✓ Découverte du tronc du nerf facial :

Elle se fait en disséquant parallèlement à la direction du tronc du nerf jusqu'à sa bifurcation. En cas de doute sur la certitude dans l'identification du tronc du nerf on peut le stimuler à l'aide d'un neuro-stimulateur à usage unique et s'assurer de la contraction des muscles de la face.

Une fois le tronc du nerf isolé, il est suivi jusqu'à sa bifurcation pour identifier ses branches de division et adapter la technique opératoire au siège de la tumeur et au type de parotidectomie, superficielle ou totale.

Quelque soit le type de parotidectomie, les principes de la chirurgie des tumeurs parotidiennes vis-à-vis du tronc du nerf ou de ses branches sont toujours les mêmes – identification – tunnelisation – section – pouvant se faire selon les habitudes du chirurgien à l'aide du bistouri électrique ou des ciseaux après hémostase à la coagulation bipolaire.

Durant la parotidectomie superficielle, le canal de Sténon doit être identifié, lié et enlevé avec tout le tissu parotidien qui l'entoure. Concernant le déroulement de la parotidectomie, plusieurs éventualités techniques, pour contourner la tumeur et éviter ainsi son effraction, source de récidives, nous sont offertes en fonction du siège de la tumeur :

- En cas de tumeur bas située, il est préférable de faire la parotidectomie superficielle de haut en bas alors qu'en cas de tumeur haut située, il est plus simple de la faire de bas en haut.
- Si la tumeur se trouve à la partie moyenne, la parotidectomie superficielle est menée d'arrière en avant.

Lorsque la parotidectomie superficielle est terminée, on peut soit faire l'hémostase et refermer sur drainage aspiratif, soit totaliser en enlevant le tissu glandulaire sous facial, en fonction de l'indication opératoire et du résultat de l'examen extemporané.

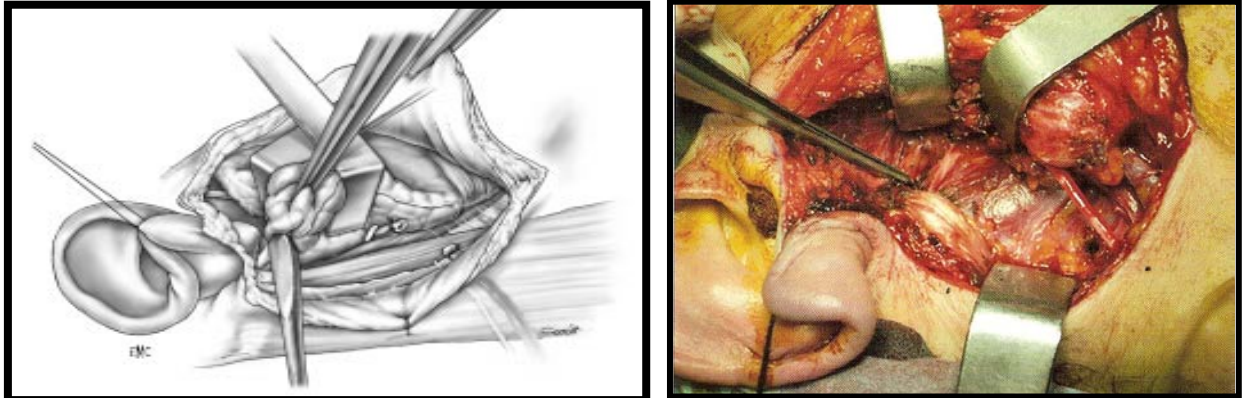


Figure 24 : Le tronc du nerf facial a été repéré jusqu'à sa division.
La dissection progressive de ses branches permet de libérer la partie superficielle de la glande [22]

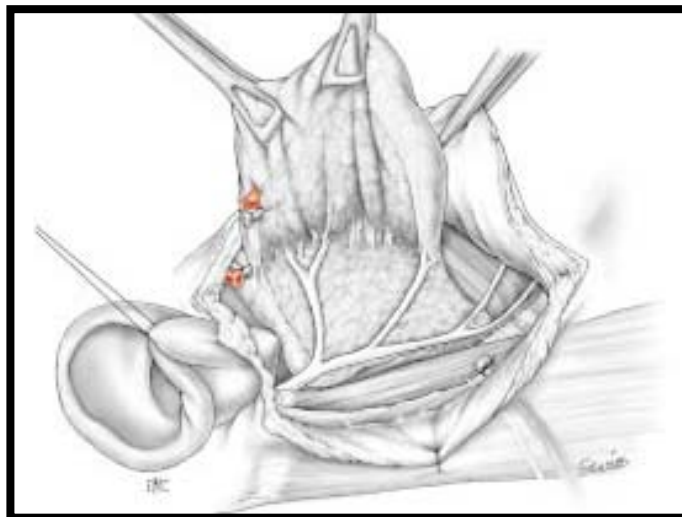


Figure 25: En fin de dissection, la glande ne reste pédiculée que par son bord antérieur [22]

✓ Ablation du tissu parotidien sous facial :

Elle doit être particulièrement soignée en regard du siège de la tumeur et celle-ci impose parfois la ligature des vaisseaux maxillaires internes et temporaux superficiels.

Pour enlever tout le tissu parotidien profond, il faut mettre en place un écarteur sur la branche montante de la mandibule pour passer en avant de l'artère carotide externe qui ne sera liée qu'en cas de nécessité comme ce peut être le cas parfois pour une tumeur du prolongement pharyngien de la parotide.

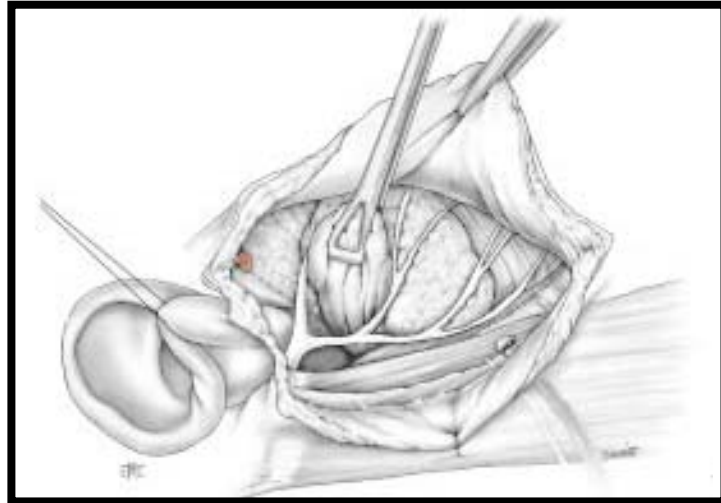


Figure 26 : Lobectomie profonde. Les rameaux nerveux sont libérés de la face profonde puis le lobe profond est désenclavé entre les treillis nerveux [22]

c. Fermeture :

Auparavant, il est indispensable de mettre en place un drain aspiratif en prenant garde que celui-ci ne vienne pas au contact du nerf facial.

Enfin, la fermeture se fait en deux plans, au niveau des parties cervicales et moyennes de l'incision, en un plan à la partie supérieure (Fig. 27).

Un pansement légèrement compressif est mis en place à la fin de l'intervention.

Dans notre série la parotidectomie totale semble être la règle puisque plus de 52% des patients opérés ont bénéficié de cette technique.

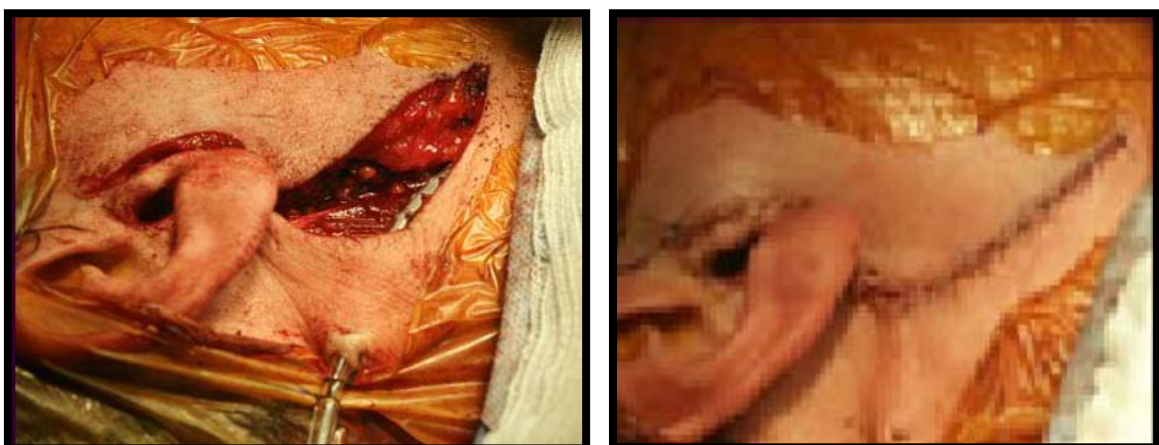


Figure 27 : mise en place du drain dans la loge parotidienne, puis fermetures des différents plans

d. Curage ganglionnaire

Trois éléments doivent être pris en compte avant toute décision chirurgicale sur les ganglions:

- L'état clinique ganglionnaire.
- L'examen histologique extemporané de la tumeur.
- L'examen histologique extemporané du groupe sous-digastrique.

Il peut s'agir d'un :

- Evidement sélectif intéressant les ganglions juxta-parotidiens et sous-parotidiens.
- Curage fonctionnel intéressant les ganglions jugulo-carotidiens sus omo-hyoïdien sans aucun sacrifice.
- Curage radical : ganglions et sacrifice nerveux (XI) et/ou veineux (veine jugulaire interne) et/ou musculaire (SCM).

e. Complications de la chirurgie

Les complications après une chirurgie parotidienne sont dominées par la paralysie faciale et le syndrome de Frey [33, 37].

e.1. Paralysie faciale

La paralysie faciale est la complication la plus redoutée par le chirurgien et le patient. Elle est parfois attendue dans les interventions pour des tumeurs parotidiennes avec forte suspicion de malignité.

La section accidentelle du nerf ou d'une de ses branches principales lorsqu'elle survient doit être immédiatement réparée par greffe ou suture nerveuse. Si le nerf est respecté, la paralysie faciale lorsqu'elle est observée peut être complète ou partielle, provisoire le plus souvent ou plus rarement définitive. Les paralysies faciales temporaires sont le plus souvent partielles et incomplètes mais le délai de récupération est de 6 à 18 mois, à l'origine d'une gêne sociale et fonctionnelle importante pour le patient.

➤ Paralyse faciale post-opératoire transitoire :

Le plus souvent localisée au territoire inférieur du facial. Cette atteinte est due principalement à un œdème périnerveux généralement de bon pronostic ou à une traction exercée sur le nerf facial, traduisant une atteinte plus grave [22, 38].

La technique opératoire semble également être en cause. Ainsi à l'institut Gustave-Roussy, on trouve 35.8% de paralysies faciales postopératoires transitoires après des parotidectomies superficielles, Ellingson trouve un taux plus bas de 23.1% [65]. Ce taux s'élève à 75% après parotidectomie totale [8]. La récupération paraît plus tardive après parotidectomie totale qu'après parotidectomie partielle. Cette paralysie faciale transitoire a été notée dans 3 cas de notre série.

➤ Paralyse faciale définitive :

Peut être totale ou partielle soit par section volontaire ou non du nerf facial ou d'une de ses branches lors de la dissection [6, 28, 61]. Dans la série de Marandas [64], portant sur 69 cas de cancers de la parotide, les paralysies faciales partielle et totale sont observées respectivement dans 10% et 19% des cas.

Dans la série de Coiffier [44] comportant 60 cas de cancer de la parotide, traités par parotidectomie totale ou partielle, la paralysie faciale est observée dans 65% des cas. Elle est définitive dans 23% des cas.

Dans notre étude, la paralysie faciale post-opératoire a été observée dans 3% des cas.

➤ Moyens de réparation nerveuse :

La réparation du nerf facial peut actuellement, sous certaines conditions être envisagée grâce à l'usage du microscope opératoire. Elle ne saurait se concevoir que si la section du nerf a été effectuée en zone saine, l'exérèse de la tumeur semblant par ailleurs satisfaisante.

Elle nécessite une bonne exposition des extrémités distale et proximale du nerf. En arrière, le tronc du nerf sera exposé depuis le coude jusqu'au trou stylo-mastoïdien. En avant, les branches, du moins les principales seront découvertes au besoin en s'aidant d'un stimulateur.

Différentes techniques de réparation sont possibles :

- La suture directe : elle est possible lorsque la perte de substance est peu importante. Elle permet une suture sans tension des deux extrémités prenant épinerve et périnerve.

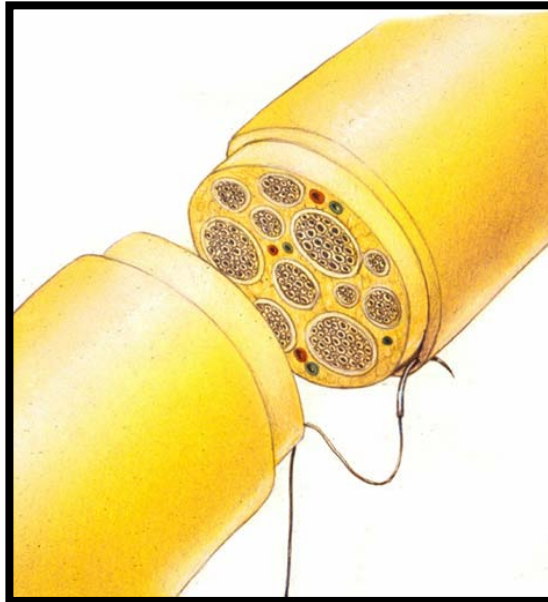


Figure 28 : schéma montrant la technique de la suture directe type termino-terminale [1]

- Le greffon : indispensable dans les pertes de substance trop large. Ce greffon sera le plus souvent le rameau auriculaire antérieur du plexus cervical superficiel qui aura été prélevé en début d'intervention ou au niveau du nerf sural (saphène externe) [33].

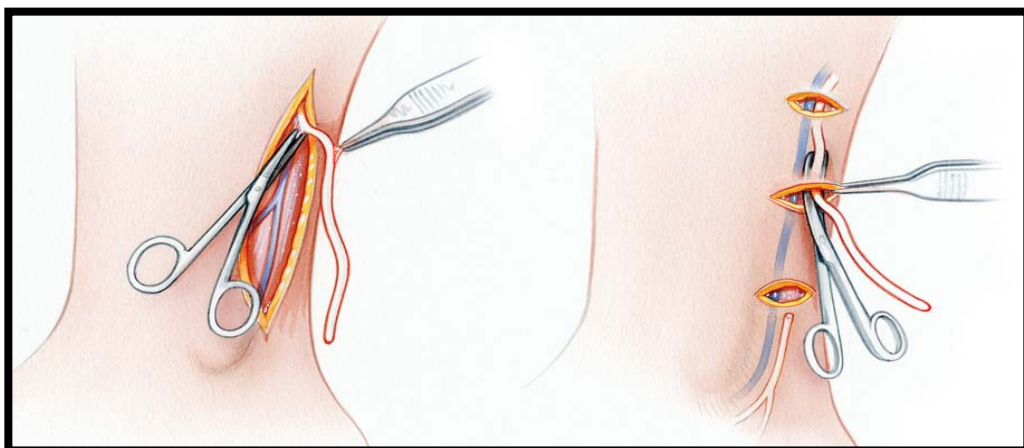


Figure 29 : schéma montrant la technique de prélèvement du nerf sural (saphène externe)

- Anastomose hypoglossofaciale : proposée lors d'une section importante du tronc ou d'une de ses branches principales avec perte de substance importante. Le grand hypoglosse est facile à découvrir sous le tendon intermédiaire du digastrique. Il sera disséqué jusqu'aux muscles linguaux et sectionné. Il sera ramené en arrière et en dedans du ventre postérieur du digastrique et suturé à l'extrémité antérieure de la perte de substance [1, 21, 55].

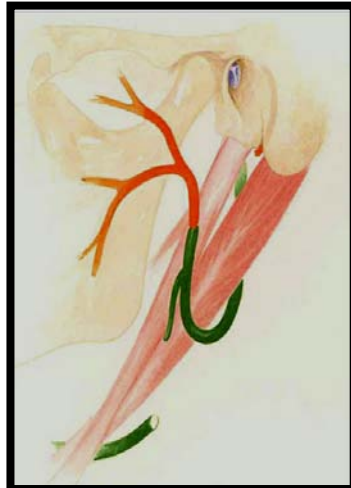


Figure 30 : schéma montrant la technique de l'anastomose hypoglossofaciale

e.1 Syndrome de Frey

Le syndrome de Frey décrit en 1923 par madame Lucie Frey sous le nom de syndrome du nerf auriculo-temporal associe, au moment des repas, une sudation élective et excessive au niveau de la joue, à une rougeur de cette région, et sensation de chaleur qui peut durer après le repas. [24] Sa pathogénie est encore discutée. Il existe au niveau de la région cutanée de la parotide, et au niveau de la parotide elle même, des fibres sympathiques et parasymphatiques venant du nerf auriculo temporal, les fibres parasymphatiques sont destinées à la stimulation de la sécrétion salivaire, et les fibres sympathiques à la parotide et aux glandes sudoripares. Il est à noter qu'une partie de ces fibres rejoint les vaisseaux du revêtement cutané. En cas de parotidectomie, ces différentes fibres sont sectionnées. Après une période moyenne de six mois, apparaissent ces manifestations de sueur, chaleur, rougeur, expliquées par la régénération "anarchique" des fibres sympathiques et parasymphatiques venant innover la peau, les glandes

sudoripares et les vaisseaux de la région parotidienne, entraînant alors de façon variable, le syndrome de Frey [8].

Sa fréquence est très variable selon les auteurs. Guntinas-Lichius [16] le retrouve dans 15% des cas, Rubinstein [66] l'estime entre 10% à 48%. L'incidence fonctionnelle du syndrome de Frey après parotidectomie est liée à l'importance du sacrifice de tissu parotidien. Il est observé chez 47% des patients après parotidectomie totale et chez 17% des patients après parotidectomie superficielle [31].

Dans notre série, ce syndrome a été observé chez 2 malades, soit 3% des cas.

Le traitement est principalement chirurgical. Soit par section du nerf auriculo temporal, ou du nerf de Jacobson, donnant de meilleurs résultats à long terme ou bien par greffe d'aponévrose sous-cutanée qui réduit, selon une étude, l'incidence du syndrome de Frey de 50% à 3% au prix d'un risque élevé de fistule salivaire [23, 41]. D'autre part une étude récente a montré que des injections répétées, sous cutanées, de 2.5 unités internationales de neurotoxine botulique de type A donne de bons résultats [42, 55].

1. 2. Radiothérapie

L'idée que la chirurgie conservatrice suivie de radiothérapie soit un traitement fiable semble largement répandue dans la littérature [48]. Plusieurs auteurs [38] ont pu observer un taux d'échec plus important chez les patients traités par chirurgie seule. Ils présentent un taux d'échec local de 37% contre 23% pour ceux ayant eu une radiothérapie post-opératoire [50].

La survie à 5 ans passe de 42% après chirurgie seule à 72% après l'association chirurgie et radiothérapie.

La radiothérapie n'a de place que dans le cadre d'une radiothérapie post-opératoire. Elle a montré son efficacité en matière de réduction des récives locorégionales [21]. En revanche, la radiothérapie exclusive n'a pas permis d'obtenir de résultats satisfaisants [48]. Le volume cible comporte la glande parotide ou la loge parotidienne et les aires ganglionnaires cervicales homolatérales.

Les complications de la radiothérapie peuvent être précoces ou tardives. Les complications précoces, se résument en une radiomucite et radiodermite qui se voient de façon fréquente en cas de radiothérapie >75 Gy.

Les complications tardives de la radiothérapie sont classiques : la sécheresse de la bouche (évitée par une irradiation unilatérale), le trismus (surtout si la tumeur infiltre l'articulation temporo-mandibulaire ainsi que les muscles masticateurs), la dermatose du conduit auditif externe et enfin, l'apparition d'une otite séro-muqueuse.

1. 3. Chimiothérapie

Les cancers de la parotide sont peu chimiosensibles. La chimiothérapie n'a pas de place dans le traitement des cancers de la parotide même dans des cas très évolués en récurrence locale ou avec métastases.

La Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer française [27], recommande que la chimiothérapie ne doit pas être utilisée chez les patients porteurs d'un cancer des glandes salivaires quelque soit son stade, y compris métastatique (lymphomes et sarcomes exclus) et n'est envisagée qu'au sein d'essais thérapeutiques multicentriques, évaluant notamment de nouveaux médicaments.

2. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce traitement est avant tout chirurgical. Plusieurs variétés de parotidectomies peuvent être adoptées : superficielle ou exo-faciale, totale ou élargie à la peau. Les indications thérapeutiques doivent tenir compte de la nature histologique, du siège et du volume tumoral.

2.1. Tumeurs bénignes

En présence d'une tumeur bénigne, plusieurs possibilités chirurgicales s'offrent au chirurgien selon le type anatomopathologique. En cas d'adénome pléomorphe, les auteurs

préconisent de faire l'exérèse de la tumeur sans voir sa capsule afin d'éviter une récurrence post opératoire.

Les indications thérapeutiques dépendent, outre, du siège et du volume tumoral, de l'âge du patient et des résultats de l'examen histologique extemporané. Les tumeurs de petite taille développées dans le tissu parotidien superficiel bénéficieront d'une parotidectomie exofaciale, alors que les tumeurs volumineuses à développement endo-facial feront l'objet d'une parotidectomie totale.

Concernant l'âge, certains auteurs préconisent une parotidectomie totale chez les sujets jeunes même pour des petites tumeurs compte tenu du risque potentiel de récurrence tumorale dans cette population.

Dans notre série, 47 cas d'adénomes pléomorphe ont été identifiés. Ils avaient bénéficié d'une parotidectomie exo-faciale dans 36 cas et d'une parotidectomie totale dans 11 cas.

2. 2. Tumeurs malignes :

a. Choix du type de traitement chirurgical

L'envahissement du nerf facial et l'extension tumorale constituent les critères principaux orientant le traitement chirurgical en faveur de la parotidectomie totale non conservatrice [48].

Cependant, il y a ce qui est convenu d'appeler un consensus professionnel qui préconise une parotidectomie totale quelle que soit la taille de la tumeur quand elle est maligne [31].

Si l'examen histologique extemporané s'avère en faveur d'une pathologie maligne, il peut alors être une aide décisionnelle, dans la réalisation d'un geste chirurgical plus radical, tant au niveau du site tumoral primitif qu'au niveau des aires ganglionnaires.

Il s'avère que dans certains cas, un doute subsiste quant au caractère bénin ou malin de la lésion observée à l'examen extemporané.

Quoi qu'il en soit, il faut garder toujours à l'esprit cette notion de fort taux de faux négatifs, l'examen extemporané, doit être considéré comme un argument décisionnel supplémentaire, mais il ne doit pas primer sur l'aspect tumoral per-opératoire. Ainsi, lorsque

l'extemporané est en faveur d'une pathologie bénigne, alors que l'impression per-opératoire laissée au chirurgien en raison de son expérience est en faveur d'une pathologie maligne, l'attitude chirurgicale ne devra pas être infléchie, et une chirurgie radicale devra être pratiquée. 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 [31].

Dans une étude menée au Danemark portant sur 50 patients présentant des tumeurs malignes de la parotide suivis de 1986 à 1995, Charabi et coll. [62] ont cherché à évaluer le traitement chirurgical de ces cancers. L'âge des patients était compris entre 14 et 87 ans avec une médiane de 64 ans. La majorité de ces patients a bénéficié d'une radiothérapie post-opératoire associée.

Deux modalités thérapeutiques principales ont été employées :

- _ Parotidectomie totale : 74%
- _ Parotidectomie superficielle : 16%
- _ Autres modalités : 10% (chirurgie associée à une chimiothérapie et radiothérapie).

Ces auteurs n'ont pas observé de différence significative pour la survie globale à 5 ans, entre les patients ayant reçu un traitement radical et ceux ayant un résidu tumoral post-opératoire. Au vu de ces résultats, on peut se poser la question de la nécessité d'une attitude radicale (parotidectomie totale avec sacrifice du nerf facial) dans la prise en charge chirurgicale des tumeurs malignes de la parotide, d'autant que la radiothérapie post-opératoire associée semble contribuer au bon contrôle locorégional de la maladie.

Dans notre étude, 15 cas de tumeurs malignes identifiées ont bénéficié d'une parotidectomie totale dont 1 seul cas non conservatrice pour de grosse tumeur infiltrant le nerf facial.

b. Indications du curage ganglionnaire

L'indication du curage reste controversée, tout particulièrement chez les patients N0 cliniques et radiologiques. Pour Beppn, l'indication n'est posée que si l'examen extemporané d'un ganglion jugulo–digastrique revient positif [45].

Spiro et coll. [55] recommandent d'effectuer un curage ganglionnaire prophylactique pour les adénocarcinomes, les carcinomes épidermoïdes, les carcinomes indifférenciés ainsi que pour les tumeurs volumineuses (T3, T4).

Kane et coll. [68] pratiquent un curage ganglionnaire sélectif pour les adénocarcinomes, les carcinomes indifférenciés, et les tumeurs mixtes malignes.

Dans notre série, un curage ganglionnaire a été effectué dans 10 cas.

Le curage ganglionnaire cervical peut avoir un intérêt prophylactique pour les tumeurs de haut grade ou les tumeurs volumineuses supérieures à 4 cm, ceci justifié par la présence de ganglions métastatiques respectivement dans 49% et 20% des cas [4].

De surcroît, une récente étude [48] a retrouvé 22% de micrométastases ganglionnaires en ayant adopté une attitude thérapeutique plus agressive, en pratiquant un curage fonctionnel ou sélectif ipsilatéral pour les patients N0 clinique ayant un carcinome de haut grade, ou un facteur clinique prédictif d'agressivité (lésion initiale supérieure à 4 cm, croissance tumorale rapide, atteinte du nerf facial). De la même manière, Gallo et coll. [67] retrouvent 33.3% de ganglions histologiquement atteints en pratiquant un curage ganglionnaire fonctionnel pour les patients N0 cliniques.

En somme, l'intérêt du curage pour les patients N0 reste controversé. Il peut cependant être intéressant chez ces patients, de pratiquer un curage ganglionnaire sélectif au moindre doute peropératoire, afin d'argumenter en faveur d'une radiothérapie postopératoire (recherche d'envahissement ganglionnaire histologique).

c. Indications de la radiothérapie post-opératoire

Bon nombre d'auteurs [30, 23] s'accordent à dire que la radiothérapie post–opératoire est utile dans les cas de haut grade de malignité, récurrences tumorales, tumeurs localisées au lobe

profond, 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.

Gallo et coll. [67] ont également pratiqué une radiothérapie postopératoire chez les patients ayant présenté un envahissement histologique ganglionnaire, et ceux ayant présentés des signes d'extension tumorale locale.

Matsuba et coll. [69] confirment l'utilité de la radiothérapie postopératoire dans le contrôle locorégional de la maladie mais ne sont pas parvenus à prouver son efficacité en matière de survie.

Une étude a été menée par Garden et coll. [49] à l'Université du Texas et a porté sur 166 patients traités entre 1965 et 1989 ayant bénéficié d'une radiothérapie post-opératoire. Aucun d'eux ne présentait de reliquat tumoral macroscopique au moment de l'irradiation. Les indications de radiothérapie retenues ont été : limites chirurgicales envahies, extension tumorale extra glandulaire, présence d'engrainement péri nerveux, et envahissement ganglionnaire, respectivement pour 63%, 49%, 34% et 26% des patients.

Les résultats montrent chez les patients à haut risque de récurrence, un excellent contrôle locorégional de la maladie avec cette association thérapeutique, le contrôle local ayant été obtenu pour 90% des patients à 15 ans. Un taux d'échec plus important a été retrouvé de manière significative en cas d'atteinte du nerf facial et en cas d'extension extra glandulaire.

Yoo et coll. [14] recommandent d'effectuer une radiothérapie sur les aires ganglionnaires ipsilatérales chez les patients présentant des ganglions histologiquement envahis et ceux dont la tumeur primitive était soit un adénocarcinome, soit un carcinome muco-épidermoïde de haut grade.

De cette manière, seulement 6 % des patients ont présenté une récurrence régionale. Mais parmi les patients qui présentaient une atteinte histologique ganglionnaire, 26% ont récidivé. La plupart des auteurs aujourd'hui considèrent que la meilleure stratégie thérapeutique est la chirurgie conservatrice, suivie lorsqu'elle est indiquée de radiothérapie [16, 50].

Ainsi, les indications de la radiothérapie post-opératoire sont :

- Carcinomes de hauts grades.
- Extension tumorale au lobe profond.
- Volumineuse tumeur avec extension extra glandulaire.
- Atteinte du nerf facial.
- Marges d'exérèse infra millimétriques.
- Limites d'exérèse chirurgicales envahies.
- Envahissement histologique ganglionnaire.

VII. LES RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

1. ÉCHEC THÉRAPEUTIQUE

Plusieurs auteurs s'accordent sur la responsabilité du stade avancé, de la chirurgie incomplète et des métastases dans les échecs thérapeutiques [11, 49, 57].

Marandas [64] rapporte dans sa série un taux important d'échec thérapeutique chez les cas de T3 et T4 et les tumeurs métastatiques.

2. RÉCIDIVES LOCORÉGIONALES :

L'évolution locorégionale dépend en grande partie du stade clinique, du type histologique et de la qualité de résection tumorale [21, 29].

Takahama [70] rapporte un taux de récurrence plus important pour les tumeurs classées T3 et T4 que pour les T1 et T2, avec respectivement 40 et 7%. Coiffier [44], dans son étude, a retrouvé un taux de récurrence de 50% dans les cas de carcinomes épidermoïdes et 25% dans les cas d'adénocarcinomes.

Oudidi [48], rapporte un taux de récurrence de 46% sur un recul variant de 8 à 132 mois, le délai d'apparition de ces récurrences est variable de 3 à 108 mois, avec une moyenne de 13 mois, 75% des cas de carcinome sur adénome pléomorphe ont récidivé.

3. MÉTASTASES

Au moment du diagnostic de cancer de la parotide, les métastases sont rares, Yoo rapporte un taux de 3.9% [14]. Alors qu'au cours de l'évolution, elles deviennent de plus en plus fréquentes à tel point qu'elles constituent la première cause de décès [29, 49].

Gallo [67], dans sa série de 127 cas de carcinome de la parotide, note une évolution métastatique dans 27% des cas, en particulier dans les cas de haut grade de malignité et /ou d'envahissement ganglionnaire histologique.

Dans notre série, nous n'avons noté que deux cas de métastase à distance siégeant au niveau pulmonaire. Ce chiffre trop bas pourrait être expliqué par la durée d'observance dans notre série qui n'est pas très longue.

4. SURVIE

Le taux de survie globale, des tumeurs malignes, retrouvé dans la littérature [14, 20, 69] est compris entre 71% et 82% à 3 ans et entre 61% et 72% à 5 ans, mais un suivi à plus long terme (10 à 20 ans) est malgré tout nécessaire pour détecter les récurrences tardives surtout pour certains types histologiques à croissance tumorale lente.

Le taux de survie dépend de certains facteurs pronostiques. Ainsi, l'âge jeune semble être de bon pronostic avec une survie à 5 ans de 75% chez les sujets de moins de 60 ans versus 55% pour les sujets plus âgés [40].

Selon le sexe, la femme semble avoir un meilleur taux de survie à 5 ans avec 70% versus 58% chez l'homme [8]. Yoo [14] rapporte que le stade clinique est l'élément pronostic le plus important. La survie à 5 ans des stades localisés (T1 et T2) est de 86% versus 51% pour les T3 et

T4. Selon l'atteinte ganglionnaire les taux de survie sont plus élevés en cas de N0 avec 74% versus 40% en cas de N1 et N2.

Dans notre série les mêmes constatations ont été notées. Selon le type histologique, la survie globale est nettement plus favorable pour les carcinomes à cellules acineuses et les mucoépidermoïdes [12].

VIII. FACTEURS PRONOSTIQUES

1. FACTEURS CLINIQUES

1.1. Classification TNM

a. Extension locale et loco-régionale

Le stade tumoral T de la classification TNM semble hautement corrélé au taux de récurrence et à la survie sans récurrences [24, 17]. Une étude portant sur 166 patients ayant été traité par association radio-chirurgicale a retrouvé un taux de survie à 10 ans significativement plus important chez les patients ne présentant pas d'extension extraglandulaire. Par ailleurs, l'envahissement du nerf facial est un facteur pronostique extrêmement important à la fois en terme de récurrences et de survie [22, 64]. Pour CALEARO et coll, en cas d'atteinte clinique du nerf facial, le taux de récurrence est augmenté et la survie diminuée de manière significative, ce qui n'est pas vrai pour l'envahissement microchirurgical [50].

La paralysie initiale du nerf facial est un facteur de mauvais pronostic qui semble être associé dans 50% [18] à 60% [21] des cas à des récurrences loco-régionales.

Une autre équipe retrouve 38% de récurrences en cas de paralysie faciale et seulement 22.4% si elle est absente [48].

L'envahissement ganglionnaire est un facteur pronostic important [64, 67] en ce qui concerne le taux de survie [22, 41, 74]. Le risque de récurrence chez les patients N+ est 1.4 fois

plus important que chez les patients N0 [23, 68]. L'atteinte ganglionnaire s'accompagne également de 18% de récidives.

On peut donc retenir la forte influence pronostique du volume tumoral, de l'extension extra glandulaire ainsi que de l'atteinte clinique du nerf facial. D'autre part la présence d'adénopathie influence tout particulièrement la survie.

b. Métastases à distance

La survie des patients présentant un carcinome parotidien, est également étroitement liée à la survenue de métastases à distance. Parmi les patients qui décèdent de leur maladie, 63.6% présentaient une métastase à distance, ce qui suggère que le contrôle à distance constitue un enjeu important dont dépend le pronostic [29].

Une étude rétrospective à propos de 124 patients menée par Gallo et coll. [67] de l'Université de Florence a permis de noter une évolution métastatique dans 26.6% des cas, en particulier dans les cas de haut grade de malignité et/ou d'envahissement ganglionnaire histologique.

Le stade clinique et l'infiltration du nerf facial, semblent les deux facteurs les plus importants prédictifs de métastases à distance [29].

On constate donc que ce sont ces mêmes facteurs, impliqués dans le développement de métastases à distance, qui ont également une valeur pronostique en terme de survie.

Sykes et coll. [73] réaffirment le rôle de la radiothérapie postopératoire dans le contrôle à distance. Ces auteurs ajoutent que 80% des métastases à distance surviennent en dépit du contrôle loco-régional de la maladie, ce qui suggère une probable dissémination précoce de la maladie.

L'incidence des métastases à distance est comprise entre 12 et 26% selon le type histologique [61, 64]. Elles peuvent apparaître après un laps de temps considérable après le traitement initial tout particulièrement pour les tumeurs à croissance lente. Par exemple pour les carcinomes adénoïdes kystiques, le délai moyen de survenue est d'environ 6 ans [29], dans ce cas, une résection de nodules métastatiques uniques ou multiples peut être justifiée.

Ainsi, le contrôle à distance conditionnant le pronostic, est indépendant de la qualité du contrôle loco-régional de la maladie. Ceci suggère que les tumeurs malignes parotidiennes disséminent précocement. Il semble donc nécessaire de développer de nouvelles stratégies thérapeutiques à visée systémique.

1. 2. Sexe, Age

Le sexe constitue un facteur pronostique controversé. Pour certains, les hommes auraient un moins bon pronostic [41], mais pour d'autres, le sexe n'aurait pas d'influence sur le pronostic [64].

L'âge jeune semble être de bon pronostic [26]. Pohar rapporte une survie à 5 ans chez les sujets de moins de 60 ans de 75% versus 55% pour les sujets plus âgés [28].

2. FACTEURS HISTOLOGIQUES

2. 1. Type histologique, grade

Plusieurs auteurs s'accordent à dire qu'il existe une corrélation entre le type histologique et l'évolution tumorale : MAGNANO et coll. [71] retrouvent un taux de survie à 5 ans de 52% pour les tumeurs de bas grade contre 42% pour les tumeurs de haut grade.

Les carcinomes indifférenciés ont un taux plus élevé de métastases à distance (63.6%) que les carcinomes mucoépidermoïdes (17.2%) [29].

CALEARO et coll. [50] rapportent dans une étude menée de 1970 à 1990 à l'université de Florence portant sur 167 cas, que le type histologique apparaît comme un facteur pronostic notable. Il semble exister différents " degrés " de malignité en fonction du type histologique tumoral bien que cette idée ne fasse pas l'unanimité [6,47,50,64,70]. Les carcinomes mucoépidermoïdes et les carcinomes à cellules acineuses auraient un meilleur pronostic que les carcinomes adénoïdes kystiques, les adénocarcinomes, les carcinomes indifférenciés et les carcinomes dans adénomes pléomorphes. Pour une meilleure évaluation de la survie comparative entre ces différents types histologiques un suivi de 10 ans est nécessaire [6].

SPIRO et coll. [55] trouvent que 85% des patients ayant un carcinome à cellules acineuses sont en vie à 10 ans alors que les patients ayant un adénocarcinome ou un carcinome adénoïde kystique présentent un taux de survie à 10 ans de 44% à 50%. Une autre étude [6] confirme ces résultats et n'observe de plus qu'une survie de 25% à 15 ans pour les carcinomes indifférenciés, les carcinomes adénoïdes kystiques et les carcinomes dans les adénomes pléomorphes.

KANE et coll. [68] confirment également ces chiffres et insistent sur le fait que seuls les carcinomes adénoïdes kystiques et les carcinomes à cellules acineuses sont capables de causer le décès après 10 ans de rémission.

L'influence du grade histologique en terme de pronostic semble donc faire l'unanimité.

2. 2. Stade pTNM

Le stade pT de la classification pTNM semble hautement corrélé au taux de récurrence et à la survie sans récurrences [70].

2. 3. Statut ganglionnaire

L'envahissement histologique ganglionnaire représente un facteur pronostic en termes de survie [58]. Dans une série de patients traités par l'association radio-chirurgicale, ceux ayant moins de 5 ganglions histologiquement atteints ont un taux de survie supérieur à 10 ans significativement plus important [1].

2. 4. Limites chirurgicales

Les limites chirurgicales envahies constituent un facteur pronostic de récurrences locales [55]. Elles ont également une valeur pronostique en terme de survie [58].

2. 5. Emboles vasculaires et engainements péri nerveux

La présence d'embolies vasculaires et/ou d'engainements péri nerveux ont été identifiés comme facteurs pronostiques en terme de survie et de récurrences à distance [16, 29].

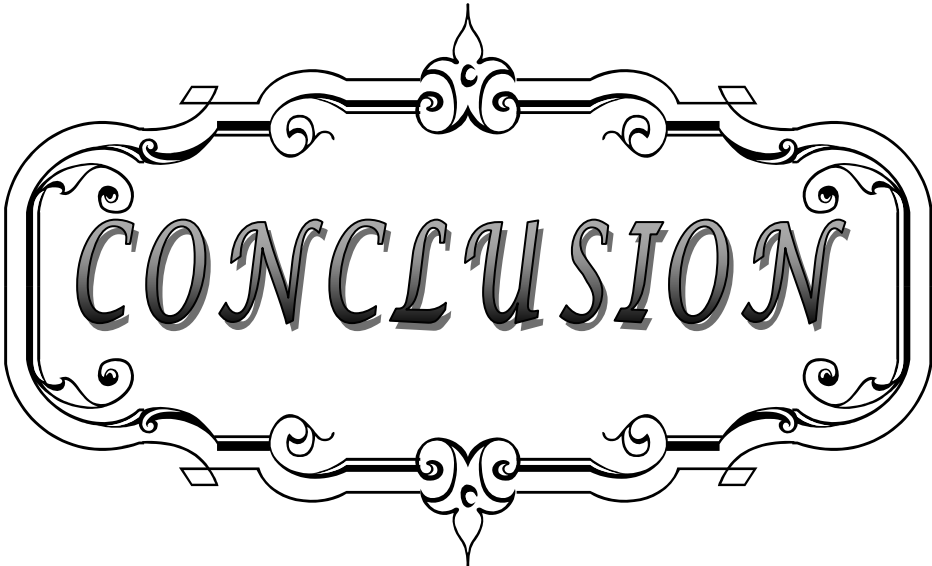
IX. SURVEILLANCE

Même s'il n'existe pas de consensus concernant le rythme de la surveillance, un examen clinique régulier doit être pratiqué, et ce de manière prolongée étant donné le risque de récurrences à long terme pour les tumeurs à croissance lente (carcinomes adénoïdes kystiques et carcinomes à cellules acineuses) parfois après un silence clinique de plus de 10 à 15 ans. Ce suivi peut être effectué conjointement par l'ORL et le médecin traitant.

En ce qui concerne les examens complémentaires de surveillance, GALLO et coll. [67] préconisent d'effectuer une radiographie pulmonaire annuelle complétée si nécessaire par un scanner thoracique, les autres examens n'étant effectués qu'en cas de signes d'appel.

Comme nous l'avons détaillé précédemment, l'IRM constitue le meilleur examen, avec l'échographie, pour rechercher les récurrences tumorales sur des patients opérés ou après radiothérapie [10]. Il n'existe pas de consensus concernant la fréquence à laquelle elle doit être pratiquée. Pour notre part, un contrôle annuel semble raisonnable surtout pour les tumeurs présentant une agressivité locale initiale importante.

A l'avenir, le PET (positron emission tomography) et le SCEPT (single photon emission computed tomography) renseignant sur le métabolisme tumoral et sa néo vascularisation [13, 44], pourraient être intéressants dans cette indication pour tenter de distinguer les résidus tumoraux des tissus cicatriciels [14].

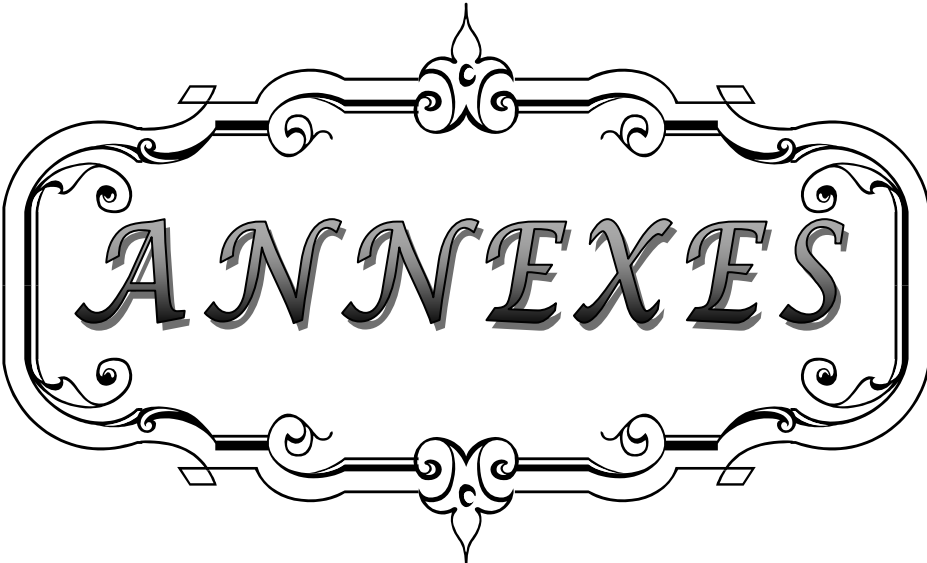


CONCLUSION

Ce travail nous a permis d'exposer les particularités épidémiocliniques, histologiques et thérapeutiques des 76 cas des tumeurs parotidiennes recensés dans notre étude.

Ces tumeurs qui sont relativement rares et caractérisées par leur grande diversité posent des problèmes diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs. L'échographie est l'examen de première intention à demander. Elle confirme la localisation intra-parotidienne et oriente vers la bénignité ou la malignité de la masse. L'IRM constitue, désormais, l'examen de choix dans l'exploration des masses tumorales parotidiennes avec une bonne valeur diagnostique de malignité ou de bénignité. La parotidectomie exploratrice avec examen anatomopathologique extemporané demeure la clé du diagnostic positif. Les tumeurs parotidiennes bénignes représentent l'entité la plus fréquente et l'adénome pléomorphe demeure le type histologique prédominant. Quant aux tumeurs malignes, elles sont plutôt rares, dominées essentiellement par les carcinomes. Les indications thérapeutiques diffèrent selon le type histologique et l'extension de la tumeur. Le traitement chirurgical est l'option de choix. La paralysie faciale est la complication la plus fréquente de la chirurgie parotidienne. Elle est le plus souvent transitoire, rarement définitive due à une section d'une branche ou du tronc du nerf facial. Les récurrences tumorales en cas de tumeurs bénignes sont l'apanage de l'adénome pléomorphe surtout après parotidectomie exofaciale.

Le pronostic des tumeurs malignes est tributaire de plusieurs facteurs : le grade tumoral, la taille tumorale, la présence d'adénopathies métastatiques, l'atteinte du nerf facial et la présence de métastases à distance.



ANNEXES

ANNEXE I

Fiche d'exploitation

Identité

1. N Dossier :
2. Sexe: 1 Masculin 2 Féminin
3. Age :
4. Origine :
5. résidence :
6. profession :

Antécédents

*personnels :

Médicaux :

7. infectieux ORL: 1 Oui 2 Non
8. autres : 1 Diabète 2 HTA
3 Autres (à préciser)

Chirurgicaux :

9. Chirurgie parotidienne :
1 Oui 2 Non
10. Autre interventions :
1 Oui 2 Non

Toxiques :

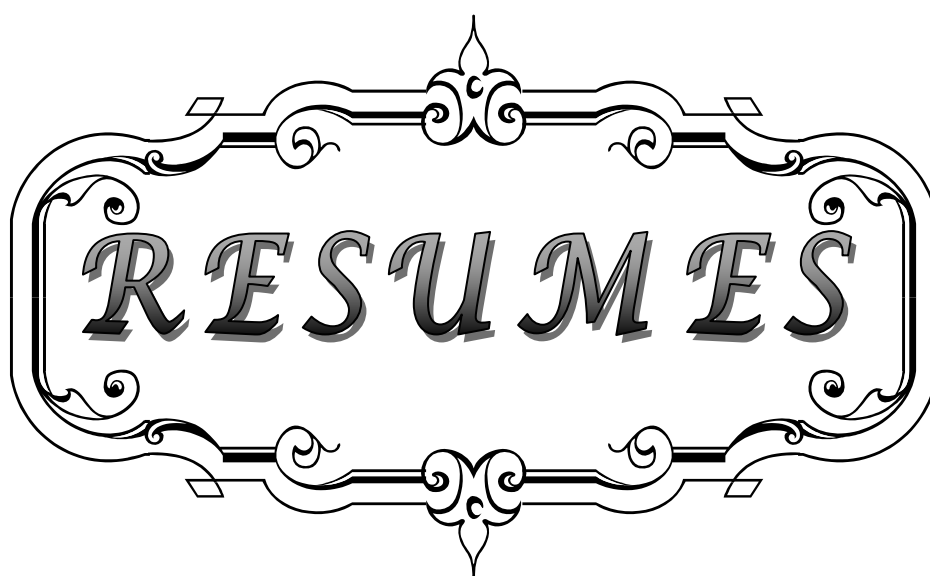
11. tabac : 1 Oui 2 Non
12. Alcool : 1 Oui 2 Non

*Familiaux :

- 1 KC parotidiens 2 autres

Signes cliniques

13. Date de début1 mois
14. installation : 1 rapide 2 progressive
15. Signes associés :
1 Douleur 2 fièvre
3 Paralysie faciale 4 Sécheresse buccale
16. tuméfaction:
1 droite 2 gauche 3 bilatérales
4 < 2 cm 5 2-4 cm 6 4-6 cm 7 6cm
8 molle 9 ferme 10 dur
11 mobile Plan S 12 fixe Plan S
13 mobile Plan P 14 fixe Plan P
15 Signes inflammatoire oui 16 Signes inflammatoire non



RESUMES

Résumé

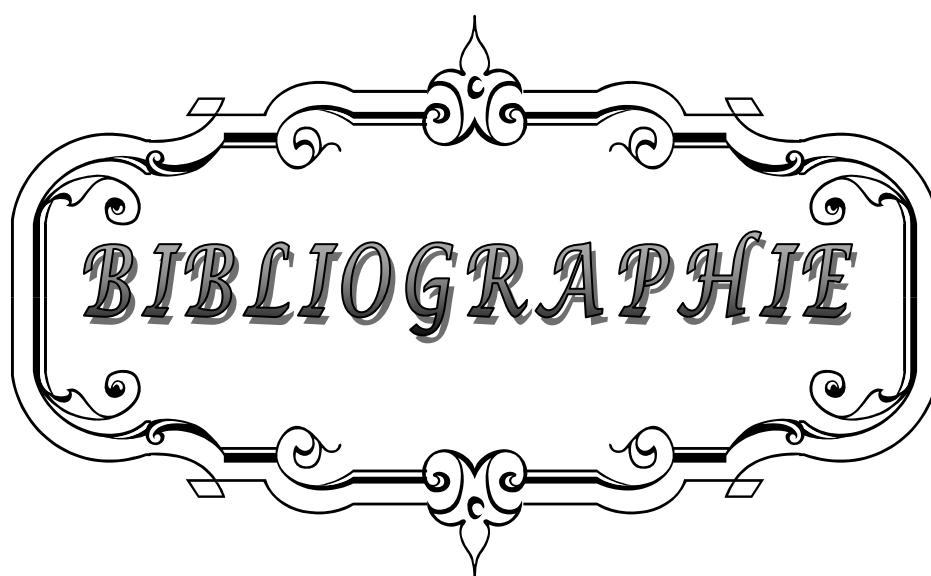
La pathologie tumorale de la glande parotide est complexe et pose un problème diagnostique et thérapeutique. Le but de ce travail est d'étudier les facteurs prédictifs de malignité dans les tumeurs parotidiennes. Nous avons réalisé une étude rétrospective sur 76 cas de tumeurs de la parotide, traités au service d'O.R.L. et de chirurgie cervico-faciale de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech entre janvier 2000 et décembre 2012. Il s'agit de 40 femmes et 36 hommes. L'âge moyen était de 44 ans pour les tumeurs bénignes alors qu'il était de 50 ans pour les tumeurs malignes. Le délai moyen de consultation était de 24 mois pour les tumeurs bénignes et de 16 mois pour les tumeurs malignes. La tuméfaction de la région parotidienne a été un signe révélateur constant chez tous les malades. La malignité est évoquée cliniquement devant la douleur; la paralysie faciale; la fixité par rapport au plan superficiel ou profond et la présence d'adénopathie. L'IRM constitue, désormais, l'examen de choix dans l'exploration des masses tumorales parotidiennes avec une bonne valeur diagnostique de malignité ou de bénignité. La cytoponction à l'aiguille fine n'a pas de valeur que si elle était positive. La parotidectomie exploratrice avec examen anatomopathologique extemporané demeure la clé du diagnostic positif. Les tumeurs parotidiennes bénignes représentent l'entité la plus fréquente (80%) et l'adénome pléomorphe demeure le type histologique prédominant (61%). Quant aux tumeurs malignes, elles sont plutôt rares, dominées essentiellement par les carcinomes mucoépidermoïdes (6,5%). Le traitement chirurgical est l'option de choix souvent associée à un curage ganglionnaire et une radiothérapie pour les tumeurs malignes. La paralysie faciale est la complication la plus fréquente de la chirurgie parotidienne. La pathologie tumorale de la glande parotide pose beaucoup de problèmes diagnostics et thérapeutiques. Une bonne analyse des facteurs prédictifs de malignité des tumeurs parotidiennes aboutira à une meilleure planification de la stratégie thérapeutique.

Summary

Tumor of the parotid gland pathology is complex and creates a diagnostic and therapeutic problem. The purpose of this study was to investigate the predictive factors of malignancy in parotid tumors. We performed a retrospective study of 76 cases of parotid gland tumors treated at the ENT service and Neck Surgery of the military hospital of Marrakech between January 2000 and December 2012. It concerns 40 women and 36 men. The average age was 44 years for benign tumors; whereas, it was 50 years for malignant tumors. The mean time to consultation was 24 months for benign tumors and 16 months for malignant tumors. Swelling of the parotid region has been a constant telltale sign in all patients. Malignancy is suspected clinically to pain, facial paralysis, fixity compared to superficial or deep plane and the presence of lymphadenopathy. MRI is now, the investigation of choice in exploring the parotid tumor masses with good diagnostic of malignancy or benignity. The fine-needle aspiration cytology has no value unless it was positive. Parotidectomy Explorer with extemporaneous histological examination remains the key to positive diagnosis. Parotid benign tumors are the most common entity (80%) and pleomorphic adenoma remains the predominant histologic type (61%). As for malignant tumors are rare, mainly dominated by Muco Epidermoid carcinomas (6.5%). Surgical treatment is the most effective option, and it is often associated with lymph node dissection and radiotherapy for malignant tumors. Facial palsy is the most common complication of parotid surgery. Tumor of the parotid gland pathology raises many diagnostic and therapeutic problems. A good analysis of predictors of malignancy of parotid tumors lead to better planning the treatment strategy.

ملخص

تعتبر الأمراض الورمية للغدة النكفية معقدة وتطرح مشكل التشخيص و المعالجة. من اجل دراسة العوامل التنبؤية لاكتشاف الاورام الخبيثة للغدة النكفية قمنا بدراسة استعادية تهم 76 حالة لأورام الغدة النكفية المعالجة في قسم الأذن و الأنف و الحنجرة و جراحة العنق و الوجه في المستشفى العسكري ابن سينا بمراكش ما بين يناير 2000 و دجنبر 2012. ويتعلق الأمر ب 40 امرأة و 36 رجل. بالنسبة للورم الحميد متوسط السن هو 44 سنة بينما متوسط السن هو 50 سنة بالنسبة للورم الخبيث و المدة المتوسطة للاستشارة الطبية هي 24 شهرا بالنسبة للورم الحميد و 16 سنة بالنسبة للورم الخبيث. تورم المنطقة النكفية هو مؤشر كاشف وتابت عند كل المرضى. الورم الخبيث يكتشف سريريا عن طريق الألم، شلل الوجه، ثبات المستوى السطحي للعنق أو المستوى الداخلي ووجود تضخم العقد اللمفاوية. أصبح التصوير بالرنين المغناطيسي يشكل الوسيلة المختارة في استكشاف كتل ورمية للغدة النكفية مع أحسن قيمة تشخيصية للورم الخبيث أو الحميد . الدراسة الخلوية بالإبرة الدقيقة ليست لها قيمة إلا إذا كانت إيجابية. استئصال الغدة النكفية التشخيصية مع تشريح العينة يبقى مفتاح التشخيص الايجابي. تمثل الأورام الحميدة للغدة النكفية المجموعة الأكثر ترددا بنسبة % 80, والورم الحميد متعدد الأشكال أصبح شكلا نسيجيا أكثر سيادة 61%. أما بالنسبة للأورام الخبيثة فهي نادرة والنوع السائد بالنسبة لها هو سرطان بشرانية المخاطي. العلاج بالجراحة هي المسلك المختار و تكون غالبا مقرونة بإزالة العقد اللمفاوية و علاج بالأشعة بالنسبة للأورام الخبيثة. شلل الوجه هو التأثير الجانبي الأكثر ترددا عقب الجراحة بالنسبة للغدة النكفية. تطرح الأمراض الورمية للغدة النكفية عدة مشاكل تشخيصية و علاجية. تؤدي الدراسة الجيدة للعوامل التنبؤية لاكتشاف الاورام الخبيثة لهذه الغدة إلى التخطيط بشكل أفضل لإستراتيجية العلاج.



BIBLIOGRAPHIE

1. **Bradley P.J.**
Pleomorphic salivary adenoma of the parotid gland: which operation to perform?
Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg, 12 (2004), pp. 69–70.
2. **Lim LHY, Chao SS, Goh CHK et al.**
Parotid gland surgery: 4-year review of 118 cases in an Asian population.
Head Neck, 25 (2003), pp. 543–548.
3. **Chung YFA, Khoo MLC, Heng MKD et al.**
Epidemiology of Warthin's tumour of the parotid gland in an Asian population.
Br J Surg, 86 (1999), pp. 661–664.
4. **Frank H. Netter.**
Atlas of Human Anatomy .
Professional Edition, 5th Edition.
5. **David H. Patey, Ian Ranger.**
Some points in the surgical anatomy of the parotid gland.
British Journal of Surgery. 45 (1957), pp. 250–258,
6. **Carlson GW.**
The salivary glands. Embryology, anatomy, and surgical applications.
Surg Clin North Am. 80 (2000), pp.261–73.
7. **Beahrs OH.**
The surgical anatomy and technique of parotidectomy.
Surg Clin North Am. 57 (1977), pp. 477–93.
8. **MARKS NJ.**
The anatomy of the lymph nodes of the parotid gland.
Clinical Otolaryngology & Allied Sciences. 9 (1984), pp. 271–275.
9. **Chummy S. Sinnatamby.**
Last's Anatomy Regional and Applied.
12th Edition (2011), Churchill Livingstone.
10. **Standring S.**
Gray's Anatomy,
40th Edition (2009), Churchill Livingstone.

11. **Nouraei SAR, Hope KL, Kelly CG et al.**
Carcinoma ex benign pleomorphic adenoma of the parotid gland.
Plast Reconstr Surg, 116 (2005), pp. 1206-1213.
12. **Kennedy TL.**
Warthin's tumor: a review indicating no male predominance.
Laryngoscope, 93 (1983), pp. 889-891.
13. **Eveson JW, Cawson RA.**
Warthin's tumor (cystadenolymphoma) of salivary glands. A clinicopathologic investigation of 278 cases.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 61 (1986), pp. 256-262.
14. **Yoo GH, Eisele D.W., Askin F.B. et al.**
Warthin's tumor: a 40-year experience at The Johns Hopkins Hospital.
Laryngoscope, 104 (1994), pp. 799-803.
15. **Batsakis J.G., el-Naggar A.K..**
Warthin's tumor.
Ann Otol Rhinol Laryngol, 99 (1990), pp. 588-591.
16. **Guntinas-Lichius O, Klusmann J.P, Wittekindt C et al.**
Parotidectomy for benign parotid disease at a university teaching hospital: outcome of 963 operations.
Laryngoscope, 116 (2006), pp. 534-540.
17. **Salamah SMA., Khalid K., Khan IAR et al.**
Outcome of surgery for parotid tumors: 5-year experience of a general surgical unit in a teaching hospital.
ANZ J Surg, 75 (2005), pp. 948-952.
18. **Astro FC, Ackerman EB, Hanft KL et al.**
Surgical treatment of parotid tumors in the general community hospital.
South Med J, 95 (2002), pp. 1404-1407.
19. **Dulguerov P, Marchal F, Lehmann W.**
Postparotidectomy facial nerve paralysis: possible etiologic factors and results with routine facial nerve monitoring.
Laryngoscope, 109 (1999), pp. 754-762.

20. **Christophe G, Sophie P, Bertrand S et al.**
Facial nerve dysfunction after parotidectomy: the role of local factors.
Laryngoscope, 115 (2005), pp. 287–291.
21. **Umapathy N, Holmes R, Basavaraj S et al.**
Performance of parotidectomy in nonspecialist centers.
Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 129 (2003), pp. 925–928.
22. **Malka G, Danino A.**
Chirurgie de la glande parotide et de la glande sous-mandibulaire.
EMC (22–351–A–10).
23. **Broderick JP, Auger RG, DeSanto LW.**
Facial paralysis and occult parotid cancer. A characteristic syndrome.
Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 114 (1988), pp. 195–197.
24. **DeLozier HL, Spinella MJ, Johnson GD.**
Facial nerve paralysis with benign parotid masses.
Ann Otol Rhinol Laryngol, 98 (1989), pp. 644–647.
25. **Lima RA, Tavares MR, Dias FL et al.**
Clinical prognostic factors in malignant parotid gland tumors.
Otolaryngol head Neck Surg, 133 (2005), pp. 702–708.
26. **Bhattacharyya N, Fried MP.**
Nodal metastasis in major salivary gland cancer: predictive factors and effects on survival.
Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 128 (2002), pp. 904–908.
27. **Pohar S, Gay H, Rosenbaum P et al.**
Malignant parotid tumors: presentation, clinical/pathologic prognostic factors, and treatment outcomes.
Int J Radiat Oncol Biol Phys, 61 (2005), pp. 112–118.
28. **Armstrong JG, Harrison LB, Thaler HT, Friedlander-Klar H, Fass DE, Zelefsky MJ, Shah JP, Strong EW, Spiro RH.**
The indications for elective treatment of the neck in cancer of the major salivary glands.
Cancer, 69 (1992), pp.615–619.
29. **Ball AB, Fish S, Thomas JM.**
Malignant epithelial parotid tumours, a rational treatment policy.
Br J Surg 82 (1995), pp. 621–623.

30. **Byers RM.**
The use of postoperative irradiation—its goals and 1978 attainments.
Laryngoscope 89 (1979), pp. 567–572.
31. **Carrillo JF, Vázquez R, Ramírez–Ortega MC, Cano A, Ochoa–Carrillo FJ, Oñate–Ocaña LF.**
Multivariate prediction of the probability of recurrence in patients with carcinoma of the parotid gland.
Cancer, 109 (2007), pp. 2043–2051.
32. **Frankenthaler RA, Byers RM, Luna MA, Callender DL, Wolf P, Goepfert H.**
Predicting occult lymph node metastasis in parotid cancer.
Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 119 (1993), pp. 517–520.
33. **Freling NJ, Molenaar WM, Vermey A, Mooyaart EL, Panders AK, Annyas AA, Thijn CJ.**
Malignant parotid tumors: clinical use of MR imaging and histologic correlation.
Radiology, 185 (1992), pp. 691–696.
34. **Fu KK, Leibel SA, Levine ML, Friedlander LM, Boles R, Phillips TL.**
Carcinoma of the major and minor salivary glands: analysis of treatment results and sites and causes of failures.
Cancer, 40 (1977), pp. 2882–2890.
35. **Jackson GL, Luna MA, Byers RM.**
Results of surgery alone and surgery combined with postoperative radiotherapy in the treatment of cancer of the parotid gland.
Am J Surg, 146 (1983), pp. 497–500.
36. **Johns ME, Goldsmith MM.**
Current management of salivary gland tumors.
Part 2. *Oncology*, 3 (1989), pp. 85– 9.
37. **Kelley DJ, Spiro RH.**
Management of the neck in parotidcarcinoma.
Am J Surg, 172 (1996), pp. 695–697.
38. **King JJ, Fletcher GH.**
Malignant tumors of the major salivary glands.
Radiology, 100 (1971), pp. 381–384.
39. **Klussmann JP, Ponert T, Mueller RP, Dienes HP, Guntinas–Lichius O.**
Patterns of lymph node spread and its influence on outcome in resectable parotid cancer.
Eur J Surg Oncol, 34(2008), pp. 32–937.

40. **Laudadio P, Caliceti U, Cerasoli PT, Rinaldi Ceroni A.**
Mucoepidermoid tumour of the parotid gland: a very difficult prognostic evaluation.
Clin Otolaryngol Allied Sci, 12(1987), pp. 177-1782.
41. **Luna MA.**
Pathology of tumors of the salivary glands. In: Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, Lindberg RD (eds) *Comprehensive management of head and neck tumors*, 2nd edn. WB Saunders, London (1999), pp. 1106-1146.
42. **O'Brien CJ, Soong SJ, Herrera GA, Urist MM, Maddox WA.**
Malignant salivary tumors—analysis of prognostic factors and survival.
Head Neck Surg 9 (1986), pp. 82-92.
43. **Lin CC, TsaiMH, Huang CC et al.**
Parotid tumors: a 10-year experience.
American Journal of Otolaryngology-Head and Neck Medicine and Surgery 29 (2008), pp. 94-100.
44. **Coiffier T, Aidon D.**
Les tumeurs malignes de la parotide.
Ann Otolaryngol Chir Cervicofac, 113 (1996), pp. 419-24.
45. **Zbären P, Schüpbach J, Nuyens M, Stauffer E.**
Elective neck dissection versus observation in primary parotid carcinoma.
Otolaryngol Head Neck Surg, 132 (2005), pp. 387-391.
46. **Harish K.**
Management of primary malignant epithelial parotid tumors.
Surgical Oncology, 13 (2004), pp. 7-16.
47. **Gehanno P, Guerrier B.**
Rapport sur les tumeurs parotidiennes.
Paris (2003).
48. **Oudidi A, Boulaich.**
Tumeurs malignes de la parotide— A propos de 115 cas.
J F ORL, 50 (2001), pp. 11-15.
49. **Garden AS, Elnajjar AK.**
Postoperative radiotherapy for malignant tumors of the parotid gland.
Int J Radiat Oncol Biol Phys, 37 (1997), pp. 79-85.

50. **Calearo C, Pastore A, Storchi OF, Polli G.**
Parotid gland carcinoma: analysis of prognostic factors.
Ann Otol Rhinol Laryngol 107 (1998), pp. 969–973.
51. **Papadogeorgakis N, Goutzanis L, Petsinis V, Alexandridis C.**
Management of malignant parotid tumors.
Oral Maxillofac Surg, 16 (2012), pp. 29–34
52. **Przewozny T., Stankiewicz C..**
Neoplasms of the parotid gland in northern Poland, 1991–2000: an epidemiologic study.
Eur Arch Otorhinolaryngol, 261 (2004), pp. 369–375.
53. **Seifert G., Donath K.**
Multiple tumors of the salivary glands—terminology and nomenclature.
Oral Oncol Eur J Cancer, 32 (1996), pp. 3–7.
54. **Eveson JW, Cawson RA.**
Salivary gland tumors. A review of 2410 cases with particular reference to histological types, site, age and sex distribution.
J Pathol, 146 (1985), pp. 51 – 8.
55. **Spiro RH.**
Salivary neoplasms: overview of a 35–year experience with 2807 patients.
Head Neck Surg, 8 (1986), pp. 177 – 84.
56. **Tsai SC, Hsu HT.**
Parotid neoplasms: diagnosis, treatment, and intraparotid facial nerve anatomy.
J Laryngol Otol, 116(2002), pp. 359–62.
57. **Choi DS, Na DG, Byun HS, Ko YH, Kim CK, Cho JM, Lee HK.**
Salivary gland tumors: evaluation with two–phase helical CT.
Radiology, 214 (2000), pp. 231–6.
58. **Wahlberg P, Anderson H, Biörklund A, Möller T, Perfekt R.**
Carcinoma of the parotid and submandibular glands—a study of survival in 2465 patients.
Oral Oncol, 38 (2002), pp. 706–13.
59. **Poorten VV, Hart A, Vauterin T, Jeunen G, Schoenaers J, Hamoir M, Balm A, Stennert E, Guntinas–Lichius O, Delaere P.**
Prognostic index for patients with parotid carcinoma: international external validation in a Belgian–German database.
Cancer, 115 (2009), pp. 540–50.

60. **Harbo G, Bundgaard T, Pedersen D, Søgaard H, Overgaard J.**
Prognostic indicators for malignant tumours of the parotid gland.
Clin Otolaryngol Allied Sci, 27 (2002), pp. 512–6.
61. **Ariyoshi Y, Shimahara M.**
Determining whether a parotid tumor is in the superficial or deep lobe using magnetic resonance imaging.
J Oral Maxillofac Surg, 56 (1998), pp. 23–27.
62. **Charabi S, Balle V, Charabi B, Nielsen P, Thomsen J.**
Surgical outcome in malignant parotid tumours.
Acta Otolaryngol, 543 (2000), pp. 251–3.
63. **Takashima S, Wang J, Takayama F, Momose M, Matsushita T, Kawakami S, Saito A, Ishiyama T.**
Parotid masses: prediction of malignancy using magnetization transfer and MR imaging findings.
AJR Am J Roentgenol, 176 (2001), pp. 1577–84.
64. **Marandas P, Dharkar D, Davis A, Leridant AM, Pacheco Ojeda L, Micheau C, Wibault P, Schwaab G.**
Malignant tumours of the parotid: a study of 76 patients.
Clin Otolaryngol Allied Sci, 15 (1990), pp. 103–9.
65. **Ellingson TW, Cohen JI, Andersen P.**
The impact of malignant disease on facial nerve function after parotidectomy.
Laryngoscope, 113(2003), pp. 1299–303.
66. **Rubinstein RY, Rosen A, Leeman D.**
Frey syndrome: treatment with temporoparietal fascia flap interposition.
Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 125 (1999), pp. 808–11.
67. **Gallo O, Franchi A, Bottai GV, Fini-Storchi I, Tesi G, Boddi V.**
Risk factors for distant metastases from carcinoma of the parotid gland.
Cancer, 80 (1997), pp. 844–51.
68. **Kane WJ, McCaffrey TV, Olsen KD, Lewis JE.**
Primary parotid malignancies. A clinical and pathologic review.
Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 117 (1991), pp. 307–15.

69. **Matsuba HM, Thawley SE, Devineni VR, Levine LA, Smith PG.**
High-grade malignancies of the parotid gland: effective use of planned combined surgery and irradiation.
Laryngoscope, 95 (1985), pp. 1059–63.
70. **Takahama A Jr, Sanabria A, Benevides GM, de Almeida OP, Kowalski LP.**
Comparison of two prognostic scores for patients with parotid carcinoma.
Head Neck, 31 (2009), pp. 1188–95.
71. **Magnano M, gervasio CF, Cravero L, Machetta G, Lerda W, Beltramo G, Orecchia R, Ragona R, Bussi M.**
Treatment of malignant neoplasms of the parotid gland.
Otolaryngol Head Neck Surg, 121(1999), pp. 627–32.
72. **Beppu T, Kamata SE, Kawabata K, Nigauri T, Hoki K, Mitani H, Yoshimoto S.**
Strategy of neck dissection in parotid cancer.
Nihon Jibiinkoka Gakkai Kaiho, 105 (2002), pp. 178–87.
73. **Sykes AJ, Logue JP, Slevin NJ, Gupta NK.**
An analysis of radiotherapy in the management of 104 patients with parotid carcinoma.
Clin Oncol (R Coll Radiol), 7 (1995), pp. 16–20.
74. **Lacosta J L, Zabalet A, Infante Jc.**
Surgical pathology of parotid gland tumors.
Acta Oto Rhino Laryngol 1997, 48, 8:653–57.

قسم الطبيب

اقسمُ باللهِ العَظِيمِ

أن أراقبَ اللهَ في مهنتي.

وأن أصونَ حياةَ الإنسانِ في كافّةِ أطوارها في كلِّ الظروفِ والأحوالِ

بإدلا وسعي في استنقاذها من الهلاكِ والمرَضِ والألمِ والقلقِ.

وأن أحفظَ للناسِ كرامَتَهُم، وأسترَ عَوْرَتَهُم، وأكتمَ سِرَّهُم.

وأن أكونَ على الدوامِ من وسائلِ رحمةِ الله،

بإدلا رِعايتي للطبِبةِ للقريبِ والبعيدِ، للصالحِ والطالحِ، والصديقِ والعدوِ.

وأن أثابرَ على طلبِ العلمِ، أُسخِرُه لنفعِ الإنسانِ .. لا لأذاهِ.

وأن أوقِرَ من علّمني، وأعلّمَ من يصغرنِي، وأكونَ أبا لِكُلِّ زميلٍ في المهنةِ الطبّيةِ

مُتعاونينَ على البرِّ والتقوى.

وأن تكونَ حياتي مصداقَ إيماني في سِرِّي وَعَلائيتي ،

نَقِيَّةً مِمَّا يشينها تجاهَ اللهَ وَرَسولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

واللهُ على ما أقولُ شهيد



جامعة القاضي عياض
كلية الطب و الصيدلة
مراكش

أطروحة 34

سنة 2015

العوامل التنبؤية للأورام الخبيثة في التكفل بعلاج أورام الغدة النكفية بصدد 76 حالة

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 24 / 03 / 2015
من طرف

السيد عبد الصمد لعلاوي

المزداد في 4 مارس 1989 بالفقيه بن صالح

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

أورام الغدة النكفية – عوامل تنبؤية للأورام الخبيثة - استئصال الغدة النكفية.

اللجنة

الرئيس

السيد ن. منصوري حطاب

أستاذ في طب الأسنان وجراحة الوجه والفكين

المشرف

السيد ب. بو عيطي

أستاذ في أمراض الأنف والأذن والحنجرة وجراحة الرقبة

السيد ج. عمار

أستاذ في أمراض الأنف والأذن والحنجرة وجراحة الرقبة

الحكام

السيد ع. أبو شادي

أستاذ مبرز في جراحة الوجه والفكين والتجميل