

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2015

Thèse N° 057/15

LES TUMEURS PAROTIDIENNES

Service d'Oto-Rhino-Laryngologie -Oujda-

(A propos de 15 cas)

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15/04/2015

PAR

Mr. Abu Al Tayef Mohammed Taha

Né le 17 Janvier 1988 à Gaza

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS - CLES :

Tumeurs parotidiennes - Adénomes pléomorphes
Parotidectomie exploratrice

JURY

M. OUDIDI ABDELLATIF.....	PRESIDENT
Professeur d'Oto-rhino-laryngologie	
M. GHAILAN RACHID	RAPPORTEUR
Professeur agrégé d'Oto-rhino-laryngologie	
M. BEN MANSOUR NAJIB.....	JUGE
Professeur agrégé d'Oto-rhino-laryngologie	
M. FAHD EI AYOUBI EI IDRISSE.....	MEMBRE ASSOCIE
Professeur assistant d'Oto-rhino-laryngologie	

PLAN

INTRODUCTION.....	3
EMBRYOLOGIE DE LA PAROTIDE	5
ANATOMIE CHIRURGICALE DE LA PAROTIDE	8
A. NERF	9
B. VAISSEAUX	14
C. DIVISION CHIRURGICALE DE LA GLANDE PAROTI	17
HISTOLOGIE DES GLANDES SALIVAIRES.....	19
A. ACINUS	20
B. SYSTEME DES CANAUX EXCRETEURS	21
C. TISSU INTERSTITIEL CONJONCTIF	22
D. CONSTITUTION GLANDULAIRE	22
E. PHYSIOLOGIE DE LA SECRETION SALIAIRE	23
F. MECANISME DE LA SECRETION SALIVAIRE.....	27
G. ROLE DE SALIVE.....	28
PATHOLOGIE.....	29
A. HISTOPATHOLOGIE TUMORALE DES GLANDES SALIVAIRES	30
B. EPIDEMIOLOGIE	37
C. DIAGNOSTIC D'UNE TUMEUR DE LA PAROTIDE	38
D. EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUES	56
E. HISTOGENESE	59
F. DESCRIPTION : forme clinique.....	61
1. TUMEURS EPITHELIALES	61
2. TUMEURS NON EPITHELIALES.....	75
3. TUMEURS SECONDAIRES	76

4. LSIONS APPARENTEES	77
5. PARTICULARITES CHEZ L'ENFANT	79
G. TRAITEMENT DES TUMEUR DE LA PAROTIDE.....	81
H. DEMARCHE CHIRURGICALE	85
I. AUTRE MODES DE TRAITEMENT	87
J. CAS PARTICULIERS.....	90
MATERIELS ET METHODES	92
RESULTAT	96
DISCUSSION	105
I. IEPIDEMIOLOGIE	106
II. STRATEGIE DIAGNOSTIQUE	107
III. EXAMEN COMPLEMENTAIRES.....	108
IV. HISTOPATHOLOGIE.....	109
V. CLASSIFICATION CLINIQUE.....	111
VI. BILAN D'EXTENTION	112
VII. BILAN PRE-THERAPEUTIQUE.....	112
VIII. TRAITEMENT	113
IX. EVOLUTION	115
X. LES FACTEURS PRONOSTIQUES.....	119
CONCLUSION	120
RESUME	124
REFERENCES.....	128

INTRODUCTION

Les tumeurs de la glande parotide sont de loin les plus fréquents parmi les tumeurs des glandes salivaires, pour l'Oto Rhino-Laryngogiste et le chirurgien cervico-facial les tumeurs de la glande parotide constituent un domaine de la spécialité toujours source d'intérêt.

Ces tumeurs sont caractérisées par une grande diversité Histologique, mais ce sont les formes bénignes qui prédominent avec en chef de file l'adénome pléomorphe ou tumeur mixte.

Le mode de révélation le plus fréquent est l'apparition d'une tuméfaction cervicale de la loge parotidienne. Les examens complémentaires, et en l'occurrence l'imagerie, apportent certains arguments en faveur du diagnostic étiologique. Toutefois, seule une parotidectomie exploratrice couplée à un examen anatomopathologique a permis d'affirmer la nature histologique exacte de la lésion.

Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 15 cas de tumeurs parotidiennes suivis et traités au service d'ORL et de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital Al Farabi de 2011 à 2014 .

EMBRYOLOGIE DE LA PAROTIDE

Les glandes salivaires dérivent de bourgeons épithéliaux du stomodéum. Ils sont d'origine endodermique à l'exception de ceux qui vont constituer les glandes parotides qui naissent du versant ectodermique près de la jonction ectoendodermique de la cavité buccale. Le potentiel de migration de ces bourgeons conditionne la taille des futures glandes.

Ainsi, l'ébauche parotidienne naît d'un bourgeonnement, d'une évagination de la face du stomodéum vers la 7^{ème} semaine. Il s'agit d'un cordon épithélial plein qui se développe en direction dorsale. Il suit en dedans le cartilage de Meckel, puis le contourne par-dessus pour se diriger en arrière, en dehors de l'ébauche musculaire massétérine. L'ébauche de la glande pénètre dans le futur espace parotidien à la 9^{ème} semaine. Ce cordon épithélial émet et croît par dichotomie progressive du canal principal au contact du mésenchyme selon des canaux de 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} ordre, à la 10^{ème} semaine. Apparaissent alors les ébauches glandulaires canaliculo-acineuses à croissance médiale. Elles s'étendent en superficie, elles vont occuper l'aire parotidienne et une partie d'entre elles constituera le futur lobe profond en migrant en dedans.

Les branches nerveuses temporo-faciales sont superficielles par rapport à l'ébauche glandulaire tandis que les branches cervico-faciales sont plus profondes. Ainsi la glande parotide ne présente pas embryologiquement un lobe superficiel et un lobe profond mais une ébauche glandulaire dont la partie endofaciale n'est qu'un prolongement. Enfin, l'éloignement de l'ostium du futur canal de Sténon de la région parotidienne est lié à la croissance des dérivés du 1^{er} arc(1,2).

L'encapsulation de la glande parotide plus tardivement que celle des autres glandes salivaires, et le tissu lymphoïde se différencient au même moment que les ébauches épithéliales parotidiennes. Il peut s'agir de nappes lymphoïdes ou de

véritables ganglions lymphatiques intra parotidiens ou à l'inverse , en général proche de la parotide

En conclusion, l'ébauche nerveuse étant en place plus tôt que la glande parotide, c'est du développement de cette dernière que dépendront les rapports définitifs entre le nerf et la glande(1).

ANATOMIE CHIRURGICALE DE LA PAROTIDE

La parotide qui est la plus volumineuse des glandes salivaires, occupe une excavation ostéo_musculaire, étroite et verticale, située aux confins de la face et du cou.

UN nerf moteur le traverse de part en part, c'est le nerf facial. Il n'est pas d'autres exemples dans l'organisme, de tissu glandulaire qui soit ainsi clivé par une structure nerveuse. On y trouve en effet une confluence d'axes veineux et l'artère carotide externe qui s'épanouit deux branches terminales. Cette richesse anatomique explique la complexité de la chirurgie parotidienne, mais une bonne connaissance de l'anatomie de cette région donne les clefs d'un abord chirurgical codifié et sûr(6).

Plutôt que de détailler une anatomie descriptive, topographique et fonctionnelle somme toute bien connue des chirurgiens cervico-faciaux, il nous a semblé plus intéressant d'appréhender l'anatomie chirurgicale de la parotide en insistant sur les éléments posant des difficultés dans la dissection, soumise à variation ou sujet à controverse.

A. NERFS

I. BRANCHE AURICULAIRE DU PLEXUS CERVICALE SUPERFICIEL

Dans l'abord de la région parotidienne on découvre sur la face externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien, la branche auriculaire du plexus cervical superficiel. Elle assure l'innervation sensitive du revêtement cutané de la région parotido_auriculaire.

Elle se divise en deux rameaux, l'un à destinée parotidienne, est obligatoirement sectionné, l'autre à destinée auriculaire. Ceci prévient l'anesthésie post_opératoire du pavillon de l'oreille et facilite la récupération de la sensibilité de la région parotidienne.

II. NERF AURICULO_TEMPORAL

IL parvient dans la région par un défilé ostéo_ligamentaire, Ce nerf amène à la glande ses rameaux sécrétoires, croise la face profonde du pédicule temporal superficiel avant de longer son flanc postérieur en remontant dans la région prétragienne. Certains chirurgiens dans le but de prévenir une repousse aberrante des fibres sécrétoires parasymphatiques, pratiquent, au terme des parotidectomies un arrachement systématique du nerf auriculo temporal.

III. NERF FACIAL

1. LE TRONC

Son importance fonctionnelle en fait l'élément capital de la région.

IL émerge de la base du crâne par le trou stylo_mastoidien situé entre la base de l'apophyse styloïde et l'extrémité antérieure de la rainure du digastrique.

IL se dirige vers le bas dans trajet très court, donne des branches collatérales motrices, sensibles anastomotiques qui sont rarement rencontrées au cours des parotidectomies avant de s'incurver en avant et en dehors pour apparaître à la face externe de l'apophyse styloïde et au bord antérieur du muscle digastrique .

IL est plus proche du digastrique, dont il longe la face interne que de l'apophyse styloïde dont il peut être séparé par un prolongement glandulaire. IL franchit ainsi le diaphragme stylien entre le stylo hyoïdien et le digastrique, pénètre dans la loge parotidienne et descend contre la face postérieure de la glande sur laquelle il dessine un sillon avant de s'enfoncer dans le parenchyme(7).

A son entrée dans la loge c'est un élément profond .IL aborde la glande à la partie la plus interne de sa face postérieure, près de prolongement pharyngien. IL est alors placé en profondeur par rapport aux vaisseaux, mais étant très oblique en avant

et en dehors, il devient rapidement très superficiel et croise la face latérale de la veine jugulaire externe.

2. LES BRANCHES

Présentation classique

Classiquement, à proximité de son croisement veineux, le nerf se divise en 2 branches terminales, l'une supérieure, l'autre inférieure :

- **La branche supérieure, temporo_faciale**

Elle est destinée aux muscles peauciers, situés au dessus de l'orifice buccal. Elle se dirige en haut et en avant, vers le cou du condyle mandibulaire et s'anastomose avec le nerf auriculo_temporal avant de donner des rameaux temporaux, frontaux, palpébraux, sous orbitaires et buccaux supérieurs.

- **La branche inférieure, cervico-faciale :**

Elle est destinée aux muscles peauciers de la face et du cou situés au dessous de l'orifice buccal. Elle descend presque verticalement en arrière de la branche montante, s'anastomose avec le plexus cervical superficiel et se divise un peu au dessus et en arrière de l'angle mandibulaire. Elle donne des rameaux buccaux, mentonniers, et cervicaux.

3. Variantes

Les variations du nerf facial intra parotidien sont extrêmement nombreuses.

- **Le niveau de division du tronc :**

Dans la plus part des cas, elle s'effectue en regard du croisement avec la veine jugulaire externe, au milieu d'une ligne qui va du bord supérieur du tragus à l'angle de la mandibule et plus près du bord supérieur de celle-ci que la pointe de la mastoïde.

Parfois le tronc est très court en raison d'une division précoce. CONLEY a rencontré un cas de nerf facial divisé en plusieurs rameaux à la sortie du tronc stylo mastoïdien(8).

- **Le type de division du tronc :**

Par bifurcation : c'est le type le plus fréquent, cela correspond à la description classique. En règle générale, la branche supérieure possède un calibre supérieur à celui de la branche inférieure, cette variation dans le diamètre des branches terminales est essentiellement conditionnée par l'origine des filets destinés à la commissure buccale(9).

Par trifurcation : entre les branches principales naît une branche de moindre volume destinée à la région buccale ; c'est le Ramus maximum de FROHSE.

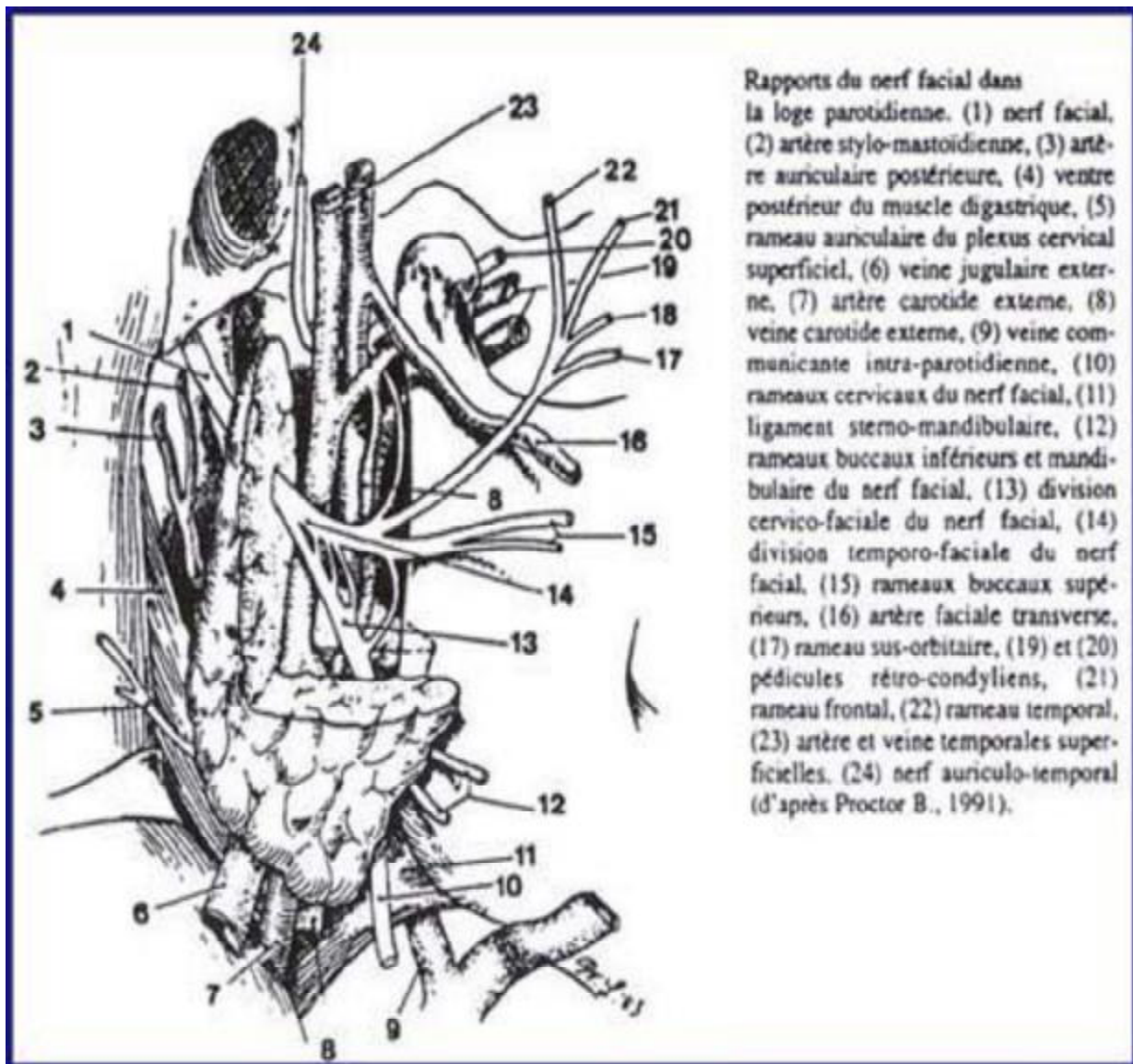
Par plurification : le tronc s'épanouit en plusieurs filets, sans qu'on puisse individualiser des branches principales. Deux dispositions peuvent se rencontrer, soit les filets naissent à partir de même point, c'est la division dite en éventail ou en bouquet, soit le tronc prend une direction quasi verticale pour donner naissance à une série de rameaux étagés, c'est la disposition scalariforme(9).

- **Les anastomoses du nerf facial :**

Dans l'aire parotidienne, la variabilité des anastomoses du nerf facial est considérable. Les branches du nerf peuvent s'unir entre elles avec les nerfs de voisinage.

- **La distribution musculaire des filets nerveux :**

Elle-même variable, elle est beaucoup plus complexe que ne l'indiquent les traités classiques car la neuro_ stimulation per opératoire des filets nerveux révèle un surprenant manque de correspondance entre la destinée probable des rameaux et les muscles qui répondent à leur excitation.



B. VAISSEAUX

1. ARTERES

Leur agencement varie peu. De tous les éléments du bouquet de Riolan composé des muscles et des ligaments styliens, un seul, le muscle stylo_hyoidien passe en dehors de l'artère carotide externe(7). Profonde à son entrée dans la glande, elle creuse un sillon dans le tissu glandulaire, avant de monter verticalement en s'enfonçant dans le parenchyme. Elle se termine en donnant les artères maxillaires interne et temporale superficielle. A son entrée dans la glande elle est masquée par l'angle de la mâchoire. Elle n'émerge que peu à peu du bord postérieur de la branche montante en se rapprochant de l'arcade zygomatique.

La région de la bifurcation et l'origine des branches terminales donnent naissance à une série de petites artères parotidiennes.

IL est tout à fait possible de réaliser une parotidectomie totale sans lier l'artère carotide externe car celle-ci entourée par un feutrage cellulaire qui permet un clivage aisé, et il est possible de réaliser des hémostases ponctuelles sur les artérioles parotidiennes. Par contre la section de la carotide externe représente un des clefs de l'abord chirurgical des tumeurs avec prolongement parapharyngien(10).

2. VEINES

La glande parotide est traversée par un axe veineux, la veine jugulaire qui naît de la confluence des veines maxillaire interne et temporale superficielle. Elle quitte la région à son pôle inférieure en passant à la face externe du muscle sterno-cléido-mastoidien.

Pendant ce trajet, elle reçoit plusieurs collatérales et donne une veine anastomotique avec le système veineux jugulaire interne.

IL s'agit de la veine communicante intra-parotidienne. La veine carotide externe, inconstante, constitue un deuxième axe anastomotique qui naît du confluent supérieur et descend vers le tronc thyro-linguo-facial en longeant l'artère carotide externe.

Le confluent supérieur donne naissance à un axe veineux qui longe la branche montante en se dirigeant vers la veine faciale antérieure pour participer, avec elle, à la constitution du tronc thyro-linguo-facial. IL donne une collatérale à sa partie moyenne qui va recevoir la veine auriculaire postérieure et devenir la veine jugulaire externe.

3. APPAREIL LYMPHATIQUE

La disposition anatomique et la distribution des ganglions lymphatiques parotidiens est un sujet complexe, surtout à cause des différentes opinions et classifications qui existent dans la littérature : gg sus aponévrotiques, sous-aponévrotiques profonds pour Rouvier ; superficiels et profonds pour Testut ; intra-glandulaires, extra-glandulaire et para-glandulaire pour Bat sakis ; intra-glandulaire et para-glandulaire pour Conley (11, 12, 13, 7, 14).

Avec Lopez_Cedrun, on peut considérer qu'il existe deux grands groupes de ganglions lymphatiques en relation directe avec la glande parotide :

L'un, inconstable, dénommé intra-glandulaire ou profond, situé dans l'épaisseur de la glande, en relation avec l'artère carotide externe et la veine jugulaire externe.

L'autre, motif de discussion, en relation avec l'aponévrose glandulaire est dénommé extra-glandulaire, para-glandulaire, superficiel ou mieux aponévrotique, situé toujours au dessous de l'aponévrose comme le signale Testut et couvert partiellement ou totalement de tissu glandulaire (13, 14).

Les gg lymphatiques parotidiens constituent le premier filtre des lymphatiques qui viennent des régions frontale et latérale du cuir chevelu, malaire, de la racine du nez, de la lèvre supérieure, de l'oreille moyenne, de la trompe d'Eustache et de la voûte crânienne. Ils sont aussi en connexion avec les régions sinusale, nasopharyngée et oropharyngée. Ils se drainent ensuite dans les ganglions jugulo-carotidiens (8, 15).

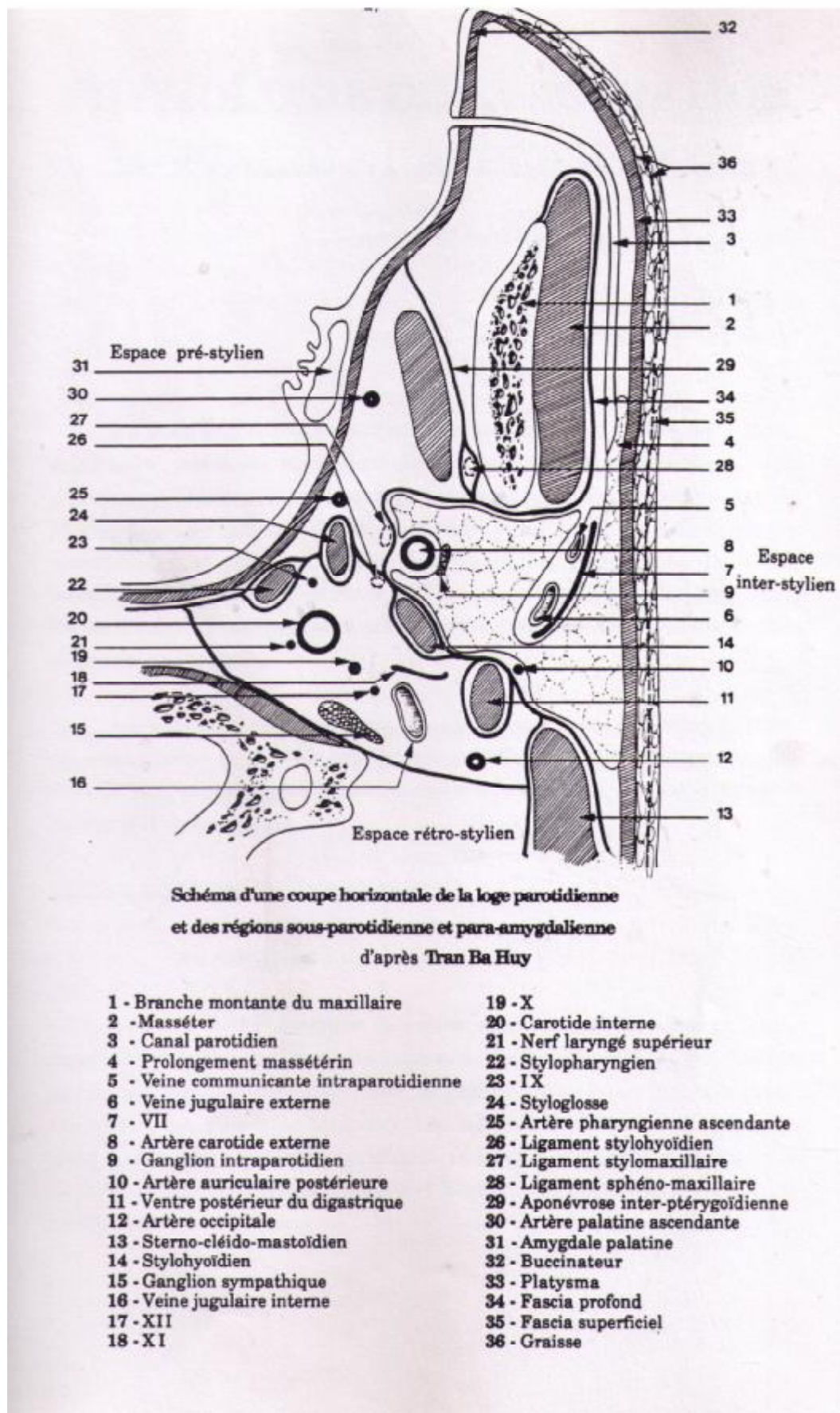
C. DIVISION CHIRURGICALE DE LA GLANDE PAROTIDE

Les travaux de Mac Kenzie, Guivarc'h et Gasser ont montré le caractère erroné de la conception traditionnelle des deux lobes séparés par le plan du nerf facial et réunis au dessus de la branche temporo-faciale pour Grégoire, au niveau de l'isthme parotidien situé les deux branches principales pour Mac Whorter, ou au dessus et entre les branches pour Rouvière et Cordier (6, 7).

La glande est, en fait, une structure multi-lobulaire, homogène, traversée par le nerf facial ses branches et chaque espace laissé libre par les ramifications est occupé par le parenchyme.

La présence du plan nerveux permet une division topographique :

- La portion située en dehors du plan nerveux est latéro ou exo-faciale
- La portion située en dedans de ce plan est médio ou endo-faciale
- La portion infra ou sous-faciale est située au dessous et en arrière du tronc et de la branche cervico-faciale. Elle n'est traversée par aucun filet nerveux du facial.



HISTOLOGIE DES GLANDES SALIVAIRES

Les glandes salivaires sont lobulées, acino_tubulaire, faites des cellules sécrétoires groupées en acini, de canaux transportant les produits de sécrétion jusqu'à la cavité buccale et d'un tissu de soutien.

A. ACINUS

Les acini limités en périphérie par une membrane basale sont constitués de cellules diverses(2).

CELLULES SEREUSES

Elles sont grossièrement pyramidales avec un noyau arrondi, refoulés dans le trier basal et un cytoplasme basophile riche en grains de sécrétion zymogène dans la partie apicale de la cellule. Elles constituent un acinus dont la lumière est fine et y sécrètent une salive séreuse.

CELLULES MUQUEUSES

Grandes cellules pyramidales, elles comportent un noyau anguleux, fortement coloré, situé à la partie basale et un cutoplasme plus claire avec un réticulum périphérique et des grains de sécrétion mucigène abondants. La salive sécrétée est muqueuse.

CELLULES MYOEPIHELIALES

Situées dans le lobule salivaire, elles sont interposées entre la membrane basale et la base des cellules acineuses, des cellules des canalicules intercalaires et de façon plus irrégulière des cellules striées(3,4).

B. SYSTEME DES CANAUX EXCRETEURS

IL comprend de l'amont vers l'aval, c'est-à-dire des acini à la cavité buccale (2) :

CANALICULES INTERCALAIRES

En continuité immédiate avec les acini, ils font partis du lobule glandulaire. ILS sont constitués d'une seule couche de cellules cuboïdes faiblement colorées, à noyau centrale et cytoplasme pauvre en organites.

CANALICULES A CELLULES STRIEES

Toujours intra lobulaire, ils comportent une seule couche des cellules épithéliales cylindriques, très éosinophiles, à noyau central et à cytoplasme strié du coté basal par de fines structures parallèles(5).

CANAUX EXCRETEURS

Ils sont bi stratifiés avec un épithélium cylindrique et quelques cellules muco_sécrétantes. De plus en plus volumineux, ils drainent la salive vers l'ostium (2).

C. TISSU INTERSTITIEL CONJONCTIF

Séparant les lobules glandulaires, il comporte de multiples filets nerveux, des vaisseaux sanguins et lymphatiques, des fibres de collagènes, dont de rares fibres élastiques et de nombreuses cellules : fibroblastes, macrophages, mastocytes et plasmocytes. Enfin, point essentiel, au sein de la parotide, on retrouve un abondant tissu lymphoïde, voire de vrai ganglion lymphatique intra parotidiens(2).

D. CONSTITUTION GLANDULAIRES

Les glandes salivaires sont construites de façon diverses à partir de ces multiples éléments tissulaires.

GLANDES SEREUSE

Elles ne comportent que des acini séreux. Leur sécrétion est fine, aqueuse, solution d'électrolytes et d'amylase, sans mucine.

GLANDES MUQUEUSES

Elles sont constituées exclusivement d'acini muqueux. La sécrétion riche en mucine est claire, épaisse, visqueuse, elle contient beaucoup de mucopolysaccharides.

GLANDES SERO_MUQUEUSES MIXTES

Elles sont faites d'acini séreux et d'acini muqueux mais aussi d'acini mixtes où les cellules séreuses se regroupent au pôle distal de l'acinus communiquant avec la lumière acineuse par des canalicules sécréteurs aménagés entre les cellules muqueuses. La sécrétion est mixte avec un pourcentage variable des deux salives.

E. PHYSIOLOGIE DE LA SECRETION SALIVAIRE ET APPLICATION

CLINIQUES

SALIVE

La sécrétion salivaire est assurée par les trois paires de glandes principales : parotide, sous maxillaires et sublinguales ; mais aussi par une grande quantité de glandes accessoires dispersées dans la muqueuse buccale et oro-pharyngée : labiales, jugales, palatines et vélaires du trigone rétro molaire, linguales et de la muqueuse sublinguale. Ainsi, seules les gencives et la région antérieure du palais sont dépourvues de ces glandes accessoires (2, 7).

1. CARACTERES PHYSIQUES

VOLUME

La quantité de salive excrétée quotidiennement reste incertaine et variable d'un sujet à l'autre, la salive de repos sécrétée en permanence aurait un volume de l'ordre de 100 ml. la salive de stimulation serait donc 10 fois plus abondante, les deux tiers étant d'origine parotidienne et un tiers sous-maxillaire.

VISCOSITE

La salive saine est transparente et pratiquement sans odeur. Son aspect est aqueux pour les parotides, filante pour les sous-maxillaires, très visqueuse pour les sublinguales et les glandes accessoires. La variabilité est en fonction de la proportion des cellules muqueuses par rapport aux cellules séreuses.

PH

Des caractères physico-chimiques de la salive, c'est le PH qui fournit les renseignements les plus facilement accessibles, par le simple papier PH-mètre. Le PH étant plus acide aux âges extrêmes, le PH est ainsi acide au repos et neutre en phase

sécrétoire ou il existe une chute du PH. Les principales substances tampons sont les carbonates et les protéines.

2. CONSTITUANTS DE LA SALIVE

EAU

L'élément de base de la salive est l'eau puisqu'elle en est constituée à 99%(16).

COSTITUANTS MINERAUX

En ce qui concerne les composants de la salive parotidienne, on connaît bien les modifications de leur concentration en fonction du débit salivaire. Sodium, potassium, chlore, phosphate, calcium et bicarbonate constituent les principaux électrolytes. Si leurs taux sont très variables d'un individu à l'autre, ils restent assez fixes chez le même individu si les conditions de recueil sont identiques(16).

CONSTITUANTS ORGANIQUES

Urée

Le taux de l'urée salivaire dépend du taux sanguin, il serait en moyenne de 2mmol/l.

Iodides

Fonction du taux sanguin, l'iode est électivement fixée par les parenchymes salivaires.

Glucose

Son taux moyen est de 0.056 mmol/l. l'élévation du glucose salivaire chez les diabétiques serait responsable de la parotidomégalie et de l'abaissement du PH salivaire.

Mucopolysaccharides

La mucine non sécrétée par la parotide est un lubrifiant des épithéliums ; par sa viscosité c'est aussi la première ligne de défense ; enfin, elle joue un rôle dans la formation du bol alimentaire. Elle a aussi un rôle néfaste en contribuant à la formation de la plaque dentaire et de la tarte.

Sulfocyanates

Leur taux salivaire serait 100 fois supérieur à celui du sang et augmenterait chez les fumeurs et pendant la grossesse.

Enzymes

L'amylase salivaire assure avec l'amylase pancréatique la transformation de l'amidon en maltose. Son passage dans le sang objective des lésions de parotide.

D'autres enzymes sont présentes dans la salive : phosphatases, déshydrogénases, uréase, peptidase, anhydrase carbonique' sulfatase, peroxydase, lipase.....

Anti-enzymes

Elles inhibent l'autodigestion des glandes salivaires par leur propres enzymes digestifs, leur défaillance a été indiquée dans la pathogénie des pseudo-kystes salivaires et de certaines parotidites .Enfin la lactoferrine aurait une action bactériostatique.

3. FACTEURS IMMUNOLOGIQUES

Les antigènes des groupes sanguins sont présents dans la salive ce qui peut avoir un intérêt médico-légal.

Les immunoglobulines salivaires remplissent un rôle de défense majeur. Physiologiquement on ne retrouve dans la salive que des IgD sous forme de traces, de rôle inconnu et des IgA sécrétoires à un taux très supérieur au taux sérique.

Dans les conditions pathologiques apparaissent dans la salive des IgG, anticorps antibactériens et antiviraux, fixant le complément et pour certains les macrophages et des IgM, anticorps agglutinats et cytologiques(2).

4. HORMONES

Des hormones circulantes sont retrouvées dans la salive, probablement au titre de l'émonction. Cependant les œstrogènes semblent agir sur la concentration salivaire du potassium et sur le volume des glandes salivaires. L'hormone parotidienne ne serait en fait qu'un anti-enzyme actif dans les processus inflammatoires et l'aurogastrome(2).

5. TOXIQUES ET MEDICAMENTS

L'émonctoire salivaire extrait du sang diverses substances toxiques ou médicamenteuses. L'existence d'une relation constante, entre le taux salivaire et le taux plasmatique permet ainsi la surveillance de certaines thérapeutiques par le dosage salivaire du médicament utilisé : barbiturique, lithium, digitaliques, théophylline.

6. ELEMENTS CELLULAIRES

Physiologiquement les cellules sont rares dans la salive. Elles peuvent devenir abondantes et plus ou moins caractéristiques dans certains états pathologiques : oreillons, cancers. Cependant le cytodagnostic salivaire est sans intérêt.

F. MECANISME DE LA SECRETION SALIVAIRE

1. PHENOMENES NEUROLOGIQUES

IL existe trois origines de la sécrétion salivaire :

Une sécrétion de repos, représentant près de la moitié de la sécrétion totale et pour les trois quarts d'origine sous-maxillaire.

Une sécrétion psychique, en dehors des réflexes conditionnés, la vue des aliments ou la pensée peuvent déclencher une sécrétion, certes très faible, mais offrant par contre une sensation d'humidification buccale très importante.

Une sécrétion réflexe, la présence d'aliments dans la bouche est le plus puissant stimulus de la sécrétion salivaire. Goût, odeur, stimulation mécanique de la muqueuse buccale et mouvement masticatoires en sont les composants. De plus, le stress et l'exercice musculaire inhibent la sécrétion alors que les sensations tactiles ou nociceptives la provoquent. La déglutition et la distension ou l'irritation œsophagienne la provoquent. Le plus puissant stimulus chimique est l'acide citrique.

La sécrétion salivaire est contrôlée par le noyau salivaire bulbaire. Cependant les aires gustatives et sensibles linguo-buccales situées au dessus de la scissure pariétale joueraient un rôle activateur ou inhibiteur de cette sécrétion salivaire.

2. PHENOMENE HUMORAUX

L'hormone post -hypophysaire antidiurétique qui règle les transferts de l'eau à travers l'épithélium, réduit le flux salivaire.

Les minéralo_corticoides favorisent l'excrétion salivaire du potassium et la rétention du sodium.

D'autres substances, médiateurs chimiques ou enzymes, interviennent aussi dans la sécrétion salivaire(2).

G. ROLES DE LA SALIVE

1. DEFENSE DES MUQUEUSES ET DES DENTS

La défense de la cavité buccale résulte de l'humidification des muqueuses, du maintien en milieu liquide puis de l'entraînement des germes et des impuretés par la salive et de l'action sur ces germes du lysosome des bactériolysines, des immunoglobulines A et G dans des conditions pathologiques.

Son pouvoir tampon intervient dans la minéralisation de l'émail et la protection contre les caries.

2. GOUT

La salive intervient de toute évidence dans la physiologie du gout, plus particulièrement peut être la salive des glandes accessoires palatines.

3. DIGESTION

Elle commence par la formation et la déglutition du Bol alimentaire grâce à la salive et à proprement par l'hydrolyse des glucides sous l'effet de l'amylase salivaire.

4. EMONCTION

La salive élimine des produits endogènes et des substances exogènes toxiques ou médicamenteuses.

5. ELOCUTION

Accessoirement la salive joue un rôle mécanique dans l'élocution en maintenant la bouche humide.

PATHOLOGIE

A. HISTOPATHOLOGIE TUMORALE DES GLANDES SALIVAIRES

1. DEFINITION

En pratique courante, le clinicien se trouve confronté non pas à une tumeur de la parotide, mais à une augmentation de volume d'une ou des deux parotides, voire de l'ensemble du tissu salivaire. Cette étape du diagnostic de tumeur de la parotide peut poser de difficile problème à toutes les étapes de l'exploration : clinique, radiologique, cytologique, voire histologique. La notion même de tumeur de la parotide devient discutable lorsqu'il s'agit de tumeurs nées hors de la loge et envahissant le parenchyme salivaire ou de lésions parotidiennes exceptionnelles(17).

A coté des ces néoformations, il convient d'éliminer toute une pathologie médicale salivaire : les inflammations parenchymateuses telles les sialadénites virales, bactériennes, allergiques ou toxiques, les lésions canalaire avec les dilatations salivaires réflexes, les mégacanaux salivaires bilatéraux idiopathiques. Ailleurs il pourra s'agir de kystes congénitaux salivaires ou au niveaux de la parotide de quelques tuméfactions exceptionnelles.

Parfois seule la parotidectomie exploratrice redressera le diagnostic lors de l'examen anatomo-pathologique extemporané ou définitif.

2. CLASSIFICATIONS

LA parotide et les glandes salivaires en général sont à l'origine d'une diversité exceptionnelle des types histologiques tumoraux. Il peut en effet s'agir de tumeurs épithéliales ou non épithéliales, de tumeurs primitives ou secondaires, mais surtout de tumeurs soit franchement bénignes ou malignes, soit intermédiaire au pronostic hésitant ou incertain.

❖ CLASSIFICATION O.M.S. 1972

La classification proposée par OMS en 1972 et reposant sur les travaux de Thachray et Sobin. Celle-ci individualise ainsi 4 groupes : tumeurs épithéliales, non épithéliales, non classées et lésions apparentées(18).

Le progrès essentiel de cette classification est de faire les adénomes comme une entité propre représentant l'ensemble des tumeurs bénignes épithéliales. Parmi celle-ci elle isole les adénomes à cellules basales et impose le nouveau terme d'adénome pléomorphe en remplacement de celui de tumeur mixte ou épithélioma à stroma remanié.

1. TUMEUR EPITHELIALES

1.1 ADENOMES

Adénome pléomorphe

Adénome simple

Adénolymphome

Adénome oxyphile

Autres

1.2 Tumeur muco-épidermoïde

1.3 Tumeur à cellules acineuses

1.4 Carcinomes :

Carcinome adénoïde kystique

Adénocarcinome

Carcinome épidermoïde

Carcinome indifférencié

Carcinome dans un adénome pléomorphe

2. TUMEURS NON EPITHELIALES

3. TUMEURS NON CLASSEES

4. LESIONS APPARENTEES

4.1 Lésion lymphoépithéliale bénigne

4.2 Sialose

4.3 Métaplasie oncocytaire

❖ PROJET O.M.S. 1990

Afin d'intégrer ces données sous forme d'une classification tumorale pratique, un nouveau groupe international d'experts a été constitué en 1987 à l'initiative de Sobin et comportant entre autres Seifert, Brocheriou, Cardesa et Eveson. Pour la classification histologique internationale des tumeurs a élaboré et proposé une révision de la classification histologique OMS des tumeurs des glandes salivaires. Six groupes principaux seraient distingués : adénomes, carcinomes, tumeurs non épithéliales, lymphomes malins, tumeurs secondaires et lésion pseudo-tumorales(19).

LA classification des adénomes a été étoffée. L'inclusion de types histologiques certes rares mais clairement définis et non controversés a paru utile à l'anatomie_ pathologiste confronté aux problèmes diagnostiques. le principe de ce travail est en

fait de constituer une classification OMS orientée vers la pratique quotidienne de l'histologiste épisodiquement soumis à la lecture des tumeurs des glandes salivaires.

Pour ce qui est du groupe des carcinomes, la distinction entre chacun des types individualisés est basée sur des définitions histo-pathologiques précises et des différences de pronostic et de traitement.

CLASSIFICATION HISTOLOGIQUE INTERNATIONALE DES

TUMEURS :

TENTATIVE D'UNE CLACIFICATION HISTOLOGIQUE REVISEE DES TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES

O.M.S. 1990

1. ADENOMES

1.1 Adénome pléomorphe

1.2 Myoépithéliome

1.3 Adénome à cellules basales

1.4 Tumeurs de whartin

1.5 Oncocytome

1.6 Adénome canaliculaire

1.7 Adénome sébacé

1.8 Papillome canalaire

Papillome canalaire inversé

Papillome intra-canalaire

Sialadénome papillifère

1.9 Cystadénome

Papillaire

Mucineux

2. CARCINOME

2.1 Carcinome à cellules acineuses

2.2 Carcinome mucoépidermoïde

Bas grade / bien différencié

Haut grade / peu différencié

2.3 Carcinome adénoïde kystique

Glandulaire / tubulaire

Solide

2.4 Adénocarcinome polymorphe de bas grade

2.5 Carcinome épithélio-myoépithélial

2.6 Carcinome canalaire salivaire

2.7 Adénocarcinome à cellules basales

2.8 Carcinome sébacé

2.9 Carcinome oncocytaire

2.10 Cystadénocarcinome papillaire

2.11 Adénocarcinome mucineux

2.12 Adénocarcinome S.A.D. (sans autre dénomination)

2.13 Carcinome épidermoïde

2.14 Carcinome dans un adénome pléomorphe

Carcinome non invasif

Carcinome invasif

Carcinosarcome

Adénome pléomorphe métastasant

2.15 Carcinome myoépithélial

2.16 Carcinome indifférencié

Carcinome à petites cellules

Carcinome indifférencié à stroma lymphoïde

2.17 Autre carcinomes

3. TUMEURS NON EPITHELIALES

3.1 Angiome

3.2 Lipomes

3.3 Tumeurs nerveuses

3.4 Autres tumeurs mésenchymateuses bénignes

3.5 Sarcomes

4. Lymphomes malins

4.1 Lymphome extra ganglionnaire du parenchyme des glandes salivaires

4.2 Lymphome des ganglions lymphatiques des glandes salivaires

5. TUMEURS SECONDAIRES

6. TUMEURS INCLASSEES

7. LÉSIONS PSEUDO-TUMORALES

B. EPIDEMIOLOGIE

IL n'existe pas de registre national des tumeurs salivaires. Mais il y a une référence d'EVANS effectuée sur une population britannique où l'incidence des tumeurs salivaires est évaluée à 1.1 pour 100 000. La seule disparité géographique que l'on connaisse est rencontrée chez les Esquimaux où l'incidence est plus élevée. La répartition entre les sexes reste équivalente avec une légère prédominance féminine pour les localisations parotidiennes. Elles peuvent survenir à tout âge, cependant la moyenne d'âge se situe entre 40 et 60 ans et en fonction des types histologiques : plus élevées pour les carcinomes. Les parotides sont les localisations préférentielles des tumeurs des glandes salivaires puis viennent les sous-maxillaires et les glandes salivaires accessoires. Le seul facteur de risque connu pourrait être l'irradiation cervicale(3).

C. DIAGNOSTIC D'UNE TUMEUR DE LA PAROTIDE

L'exploration d'une tuméfaction salivaire nous paraît être essentiellement clinique. L'inspection et la palpation doivent dans la majorité des cas permettre de poser le diagnostic d'une tuméfaction de la loge parotidienne et donc amener au contrôle de sa nature histologique. Néanmoins, de par la qualité des images fournies, les dernières méthodes d'investigations radiologiques pourraient être riches d'enseignement si tant est que leurs indications soient cernées.

Il est de difficulté variable :

Facile devant une forme tumorale typique réalisant une tuméfaction bien limitée, sans signes inflammatoire, souvent le lobule de l'oreille et s'extériorisant dans le quadrilatère de projection superficielle de la loge parotidienne entre :

En haut : l'apophyse zygomatique

En avant : la branche montante mandibulaire

En bas : le prolongement du bord basilaire de la mandibule

En arrière : la mastoïde

Plus difficile quand des signes inflammatoires se surajoutent, la parotide semble augmentée de volume de façon diffuse, la tumeur siège dans un prolongement massétéрин, pharyngien, voire dans une parotide accessoire.

1. L'INTERROGATOIRE

Celui-ci devra préciser :

L'ancienneté et les circonstances d'apparition des troubles, les modalités évolutives de la tumeur avec en particulier l'existence de phases douloureuses ou même d'épisodes inflammatoires, l'influence des prises alimentaires, la présence d'une sécheresse buccale voire oculaire, d'une salive au goût anormal.

Les antécédents parotidiens et salivaires : parotidites diverses, pathologie canalaire, lithiases, tumeurs vraies, kystes et fistules congénitaux, traumatisme de la région, radiothérapie externe ou chirurgie de la loge parotidienne mais également exérèse ou destruction de lésion cutanée ou muqueuse située dans le territoire de drainage des lymphatiques parotidiens avec ou sans contrôle histologique.

Enfin, le contexte pathologique général : fièvre et signes d'altérations de l'état général, rhumatisme, pneumopathie, hémopathie, malnutrition, traitements médicamenteux en cours

2. L'EXAMEN CLINIQUE

Il doit être méthodique, précis et surtout comparatif.

L'inspection

On notera l'importance de la déformation de la région parotidienne avec d'éventuelles modifications de volume en fonction de la position du sujet et bien sur l'aspect classique et quasi pathognomonique du lobule du pavillon déjeté en dehors. On appréciera la qualité du revêtement cutané en regard : cicatriciel, inflammatoire, tendu, voire ulcéré. Il conviendra de tester la motricité faciale région par région à la recherche d'un déficit évident ou plus discret et préciser une limitation à l'ouverture buccale.

Au niveau de la cavité buccale et de l'oropharynx : il faudra juger de l'aspect de la muqueuse, de l'état dentaire, de l'abondance et de la qualité de la salive émise spontanément et à l'expression de la glande. On précisera les caractères de l'orifice du canal du sténon : Erythémateux, béant, tuméfié, voire recouvert d'une gouttelette de pus. Enfin on recherchera une asymétrie de l'oropharynx, témoin d'une extension para-pharyngée(36).

La palpation

Elle précise la situation de la tuméfaction par rapport à l'apophyse mastoïde, au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, à l'articulation temporo-mandibulaire et au bord postérieur de la branche montante. On appréciera les caractères même de la masse :

Ses limites, nettes ou imprécises

Sa régularité unie ou multi nodulaire

Sa consistance homogène ou non, molle ou dure

Son degré de mobilité par rapport aux plans profonds musculaire, vasculaire et superficiel cutané

Sa taille dans les plus grands diamètres

Sa sensibilité

Enfin, la perception d'un battement ou d'un frémissement doivent conduire à l'auscultation de la région.

La palpation bimanuelle endo-buccale et cervicale explore le sténon, la joue et la paroi pharyngée latérale à la recherche d'une tuméfaction sur le trajet du canal ou d'un prolongement massétérin ou pharyngien. En cas d'extension para pharyngien, on retrouvera une muqueuse et une amygdale glissant sur elle sans douleur. Le toucher pharyngien recherchera une continuité avec la région rétro-angulo-maxillaire, les battements de la carotide à travers la muqueuse, voire de la tumeur elle-même(36).

De façon systématique, l'examen devra se poursuivre par l'exploration des autres glandes salivaires principales et des chaînes ganglionnaires cervicales au complet.

Enfin, un examen ORL explorant : sensibilité, motricité du voile, syndrome de Claude Bernard Horner, base de langue, pharyngo-larynx, cavum, dents, otoscopie et somatique palpant : aires ganglionnaires, foie, rate, sont indispensables.

3. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

A l'issue de l'examen clinique, il n'est pas toujours assuré que la tuméfaction soit bien d'origine parotidienne ou tout du moins située dans la loge. Se discute alors, en fonction de localisation, l'ensemble de la pathologie extra-parotidienne réalisant quelques pièges cliniques.

Dans les tuméfactions superficielles, on peut évoquer kyste sébacé, une adénopathie pré-tragienne, une affection intra-pétreuse qui peut être diagnostiquée à l'otoscopie, un kyste ou une fistule de la première fente branchiale, une bride pré-myringienne(37).

Au pôle supérieur de la région parotidienne, se discute une arthrite septique ou un kyste de l'articulation temporo-mandibulaire.

A proximité de l'angle ou de la branche montante mandibulaire, il convient d'éliminer les tumeurs osseuses, ce d'autant qu'en cas de tumeurs malignes, l'extension est possible dans les deux sens.

Au pôle inférieur, on peut évoquer une adénopathie jugulo-carotidienne haute, sous-digastrique notamment, une tumeur sous sous-maxillaire postérieure.

En arrière, il peut s'agir d'une hypertrophie de l'apophyse transverse de l'atlas : tuméfaction dure, haut située, profond, sous-mastoïdienne, toujours chez un sujet maigre, suivant les mouvements de rotation et d'extension du cou quoique moins marquée, du côté opposé(1).

Dans la région massétérine, on élimine facilement une hypertrophie musculaire dont la symptomatologie est différente : bilatéralité, variation avec les mouvements mandibulaire.

Pour le prolongement para-pharyngé, discute tant un phlegmon para-amygdalien dont le tableau clinique est différent, qu'une tumeur nerveuse, une adénopathie, tumeur vasculaire.

Une fois admise, la localisation de la tuméfaction à la loge parotidienne, la distinction d'une part entre l'origine parenchymateuse salivaire ou lymphatique ganglionnaire et d'autre part entre tumeur vraie ou lésion pseudo-tumorale, nous paraît plus devoir relever d'un diagnostic étiologique histologique que différentiel.

4. BILAN PARA-CLINIQUE

Afin de permettre une approche thérapeutique correcte, il serait intéressant pour le clinicien de pouvoir déterminer au préalable la nature bénigne ou maligne de la tuméfaction si ce n'est pas son type histologique exact. Différentes méthodes, notamment radiologiques et cytologiques tentent de résoudre ce problème essentiel des multiples tumeurs de la parotide.

Examens radiologiques :

Certaines techniques sont actuellement d'indication extrêmement limitées, voire inutiles à l'exploration des glandes salivaires : radiographies simples, artériographie carotidienne externe, tomographie, thermographie de la loge parotidienne (1, 2). D'autre, au contraire, malgré leur ancienneté conservent encore un intérêt clinique ou profitant des derniers progrès en imagerie deviennent progressivement essentielles au bilan pré-opératoire. Mais dans quelle mesure ces explorations complémentaires sont elles vraiment utiles à la démarche diagnostique et quelles en sont les indications respectives ?

4.1. LA SIALOGRAPHIE :

Cet examen, introduit par Arcelin en 1913 fut pendant plus d'un demi-siècle la méthode de choix en matière d'exploration de la pathologie salivaire et reste encore actuellement l'un des plus employés(38).

Néanmoins, son intérêt dans le domaine spécifique des lésions tumorales est extrêmement limité, voire nul. Ainsi, les renseignements sur le volume et la localisation tumorale sont médiocres car fournis indirectement par le déplacement ou l'interruption du système canalaire et même si plus de 80% des tumeurs sont détectées par des techniques affinées(39).

Ses principales indications demeurent les lésions inflammatoires et non tumorales qui en règle sont à l'origine de modifications du système canalaire : sialadénites, sialoses, obstacle canalaire, traumatisme, anomalies du développement, fistule et hernie salivaire. Alors que la présentation clinique de ces diverses maladies est souvent proche, l'image sialographique serait suffisamment caractéristique pour en faire la distinction(40).

Enfin, la sialographie permet également en cas de doute de déterminer la situation extra-canalaire de calcifications veineuses ou ganglionnaires.

4.2. LA SCINTIGRAPHIE :

Plus de 15 ans après l'application de la radio-isotope en pathologie salivaire, le recours à cette technique doit rester exceptionnel pour qui sait exploiter au mieux la sémilogie clinique et radiologique classique des affections salivaires(2,40).

Elle est pratiquée au technétium 99m, radio-isotope fixé à l'ion pertechnétate dont la concentration et la sécrétion par le tissu salivaire peut être stimulée. La détection de ce radio-isotope se fait par un système de comptage des impulsions radioactives en des zones déterminées permettant d'établir des courbes de fixation et d'élimination mais aussi gamma caméra pour la réalisation de photographie de la

distribution spatiale du traceur et donc de la morphologie des glandes, et pour l'étude de la dynamique et ainsi de leur fonctionnement en multipliant les clichés dans le temps.

En matière de pathologie tumorale ses résultats sont décevants. D'une part, la résolution de la technique est telle que seules les tumeurs supérieures à 1,5 cm de diamètre sont visualisées, d'autre part l'ensemble des tumeurs, quelques soient bénignes ou malignes restent froides. Les seules exceptions à cette règle sont les cystadénolymphomes et les oncocytomes qui ont la particularité de concentrer le pertechnétate fournissant alors une image chaude au sein du reste du parenchyme parotidien. La scintigraphie, dans le cadre de l'oncologie cervico-faciale apprécie les caractéristiques fonctionnelles du tissu salivaire après radiothérapie et met en évidence une fuite de salive après chirurgie cervicale extensive, facteur d'infection post-opératoire(41,42).

La scintigraphie, en pathologie infectieuse salivaire, renseigne sur la sévérité et le temps d'évolution du processus inflammatoire. Cependant, face à l'examen clinique, son intérêt reste minime si ce n'est en cas d'infection récidivante pour estimer le degré de récupération ou d'atteinte guidant vers un éventuel complément thérapeutique médical ou chirurgical(40).

Elle est par contre particulièrement utile au diagnostic et au suivi des maladies systémiques touchant le tissu salivaire. Le meilleur exemple en est le syndrome de Gougerot-Sjogren. Elle permet alors d'étudier l'ensemble des glandes principales simultanément et en continu sur une période de temps donnée pour juger de l'importance du dysfonctionnement glandulaire.

Enfin, on retrouve une ultime indication à la scintigraphie en cas d'ostium canalaire non repérable ou non cathétérisable. Il peut s'agir d'une aplasie glandulaire ou de la présence de tissu cicatriciel ou inflammatoire à proximité d'un canal

excréteur alors soit sténosé, soit transposé. Cette difficulté d'accès au sténon se rencontre également après exérèse glandulaire, ligature ou reposition canalaire. La scintigraphie, devant le défaut de la sialographie, demeure alors la seule technique susceptible de confirmer un diagnostic clinique et d'apprécier l'efficacité d'un traitement sur la fonction glandulaire(40,44).

4.3. L'ECHOGRAPHIE :

Cette méthode est basée sur l'étude de la réflexion d'un faisceau d'ultra son, elle-même fonction de la structure des tissus traversés. Contrairement à d'autres secteurs d'application, la valeur de l'échographie en pathologie salivaire reste controversée. Pourtant en comparaison des autres moyens radio-diagnostiques, l'ultra-sonographie présente des avantages certains : un faible coût, une large disponibilité, une réalisation facile, non douloureuse, non invasive et sans effet nocif connu pour le patient avec une visualisation immédiate du plan de coupe permettant d'accroître les performances de la manipulation en cours.

Son domaine d'application le plus performant dans le diagnostic de la pathologie des glandes salivaires principales est la distinction entre les masses kystiques ou à contenu liquidien : libre d'écho avec renforcement postérieur et les masses solides. Ces dernières, dans la mesure où elles dépassent 5 mm de diamètre sont facilement identifiées sous forme d'un écho plus faible que celui du parenchyme sain.

La sensibilité de la méthode dans la détection des tumeurs du lobe superficiel de la parotide est proche de 100 %, tout en différenciation ces lésions des localisations superficielles extra-glandulaires. Par contre, les masses de lobe profond sont pour la plupart occultées par la branche montante de la mandibule et l'apophyse mastoïde, zone d'exploration privilégiée de la scannographie (40,45).

De multiples études ont précisé les caractères ultrason graphiques propres aux tumeurs bénignes et malignes. En résumé, les premières sont faiblement échogènes aux faisceaux homogènes, aux contours nets et denses, quant aux secondes, elles présentent un écho inhomogène et des limites irrégulières et floues. Cependant, si l'échographie est parfois susceptible de suggérer un type tumoral spécifique, elle ne saurait fournir de diagnostic définitif (46, 47,48).

En cas de doute clinique, l'échographie peut également participer à l'exploration de lésions aigues du tissu salivaire. Ainsi, elle permet de distinguer l'abcès de la parotidite suppurée, découvrir la présence de matériel nécrotique au sein d'une cavité abcédée, guider la ponction d'une collection purulente, voire surveiller l'efficacité d'un traitement(49,50).

Enfin, cet examen serait susceptible de reconnaître et localiser en pré-opératoire, plus de 90% des calculs supérieurs à 2mm tout en distinguant les lithiases intra-glandulaires intra-canaliaires (51). Malgré ces performances Van Den Akker estime que les radiographies simples et la sialographie restent encore les méthodes de choix dans l'exploration des calculs salivaires : supérieure à la fois dans la détection et la localisation précises de ces lithiases, réservant l'échographie aux cas de sténose non cathétérisables.

4.4. LA TOMODENSITOMETRIE :

L'examen scanographique des glandes salivaires principales a été introduit comme méthode diagnostic dès 1978. Très rapidement, il s'est imposé notamment dans la détermination du volume des lésions tumorales, restant en retrait des radiographies simples et de la sialographie dans la pathologie inflammatoire et non tumorale en raison du caractère non spécifique de ses résultats.

Il visualise les tissus durs comme les tissus mous et pour ces derniers, les variations minimales de densité (52, 53, 54, 55, 56, 57, 58,59). Pour la loge

parotidienne, les coupes axiales, éventuellement désaxées pour éviter les artéfacts dentaires fournissent d'excellents détails anatomiques conduisant rarement à la pratique des coupes coronales. La glande parotide normale est facilement identifiable au scanner : riche en graisse et en salive, elle est de densité intermédiaire au tissu graisseux environnant hypodense, et aux muscles adjacents hyperdense, celle-ci diminuant en rapport inverse de l'âge et du poids du sujet.

En raison de faible différence de densité entre la tumeur et le tissu sain sur les coupes scanographique standards, il a été proposé d'associer a cet examen une sialographie au produit de contraste hydrosoluble. Cette combinaison permettrait d'accroître le taux de détection les tumeurs et de mieux définir la localisation, les limites et la nature intrinsèque ou extrinsèque de la lésion. Cependant depuis l'arrivée des dernières générations de scanner haute résolution le contraste intra-canalair n'est en général plus nécessaire, la définition de l'image étant excellente, d'autant que l'opacification voile le parenchyme et les détails périphériques(38).

L'association au scanner d'une injection intra-veineuse de produit de contraste a été conseillée puisque certaines tumeurs telles les hémangiomes rehaussaient ainsi leur densité. Cependant, cette méthode est essentiellement indiquée en cas de masse extra-glandulaire, para pharyngée entre autres, afin d'apprécier le caractère vasculaire ou non de la tumeur. Accessoirement l'opacification du système vasculaire régional aide à préciser les rapports de ce dernier avec la lésion intra ou extra-parotidienne. Le scanner avec injection est également utile pour apprécier l'hétérogénéité éventuelle du parenchyme tumoral et l'interface avec le tissu parotidien. Enfin, elle permettrait d'accroître le taux de découverte de ces tumeurs(38).

L'indication principale de la tomodensitométrie réside probablement dans la situation clinique ou il est impossible d'établir si la lésion est intra ou extra-glandulaire. Cette question est particulièrement importante en cas de tumeur profond

engagée entre la branche montante de la mandibule et l'apophyse mastoïde et d'origine soit parotidienne, soit para pharyngée.

En fait, la distinction, grâce au scanner entre la nature bénigne ou maligne d'une tumeur est tout à fait inconstante. Classiquement, les premières présenteraient une image nettement délimitée et plus dense que le parenchyme sain, les secondes des limites imprécises avec une extension au delà de la glande effaçant les différents plan adjacents. En outre, seuls certains types histologiques précis sont identifiables tel les lipomes et les liposarcomes de densité caractéristiques du tissu graisseux et les lésions vasculaires comme les hémangiomes et chemodectomes se rehaussant après injection de produit de contraste (54, 56,58).

Pour ce qui est du nerf facial, celui-ci reste invisible en coupe axiale mais, en théorie, son trajet intra-parotidien peut être déduit de repères scannographiques. En effet, l'apophyse styloïde et la veine communicante intra- parotidienne sont situées immédiatement en dedans de lui. Ainsi, la situation précise du nerf facial par rapport à la tumeur pourrait être déterminée dans plus de 75% des cas. Cependant, cette recherche impose d'effectuer des coupes passant à la partie toute supérieure de la loge, avec opacification vasculaire voire canalaire, sans compter les variations anatomiques.

4.5. LA RESONANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE

Le phénomène de résonance magnétique nucléaire est utilisé depuis quelque année pour fournir une image tomographique de haute qualité, applicable aux glandes salivaires, sans utilisation de radiations ionisantes (40).

Pour les masses parotidiennes, les images pondérées en T1 donnent une définition précise des bords de la tumeur face aux tissus environnants graisseux et musculaires. L'architecture interne de la tumeur est mieux analysée et l'hétérogénéité est plus souvent observée sur les images pondérées en T2.

Diverses études ont montré les avantages que présentaient la résonance magnétique sur la tomodensitométrie dans le diagnostic des masses parotidiennes. Ainsi, Schaefer évalue 5 paramètres iconographiques : le caractère évident de la lésion, l'apparence des contours, l'architecture interne, l'extension régionale et l'artéfact de dégradation. Il s'avère que pour l'ensemble de ces données, la résonance est aussi performante voire plus que la tomodensitométrie(60).

Liyod constate la supériorité de la résonance dans l'étude des tumeurs de l'espace para-pharyngé. En effet l'excellente résolution des contrastes des tissus mous et la possibilité d'obtenir, sans manipulation du patient, une projection anatomique dans les trois plans de l'espace conduisent à une meilleure détection et délimitation de la tumeur par rapport aux structures voisines(38).

Ces observations permettent de soutenir l'hypothèse selon laquelle une masse parotidienne hyper-intense en T2 présenterait une activité sécrétoire et donc une nature bénigne, bien différenciée et fonctionnelle. A l'opposé, le caractère hypo-intense témoignerait de l'incapacité à sécréter et ainsi la nature hautement maligne, peu différenciée, riche en mitose et pauvre en éléments fonctionnels. Les principaux axes vasculaires de la loge parotidienne et de l'espace para-pharyngé sont facilement identifiables sans utilisation de produit de contraste permettant d'apprécier sans difficulté leurs rapports avec la masse tumorale.

A propos de 20 résonances pour lésions parotidiennes diverses, Teresi s'est appliqué à suivre le nerf facial depuis sa sortie du trou stylo-mastoïdien jusque dans son trajet intra-glandulaire. Ainsi pour les masses de taille modérée ou moyen, les coupes axiales avec antenne de surface permettent de définir leurs rapports avec le nerf et leur situation latérale ou médiale. L'identification du trajet extra-crânien du nerf facial est beaucoup plus difficile en cas de masse de volume important en raison de modification anatomique de la région. En cas d'invasion de l'aqueduc de Fallope

par une tumeur maligne, la résonance peut montrer l'envahissement propre du nerf dans sa troisième portion intracrânienne(61).

4.6. INDICATIONS

Chacune de ces méthodes d'exploration de la région parotidienne apporte son lot d'information en fonction du type de pathologie concernée. Les clichés sans préparation sont nécessaires dans le diagnostic de la lithiase, la sialographie reste de mise dans les processus parenchymateux inflammatoires, infectieux et systémique, la scintigraphie garde un intérêt dans l'étude fonctionnelle des asialies et hyposialies. Par contre, en matière de tumeur, l'attitude du clinicien vis-à-vis de ces examens complémentaires radiologiques est loin d'être unanime, ce d'autant que le rapport cout-bénéfice mérite bien aujourd'hui d'être pris en considération(62,63).

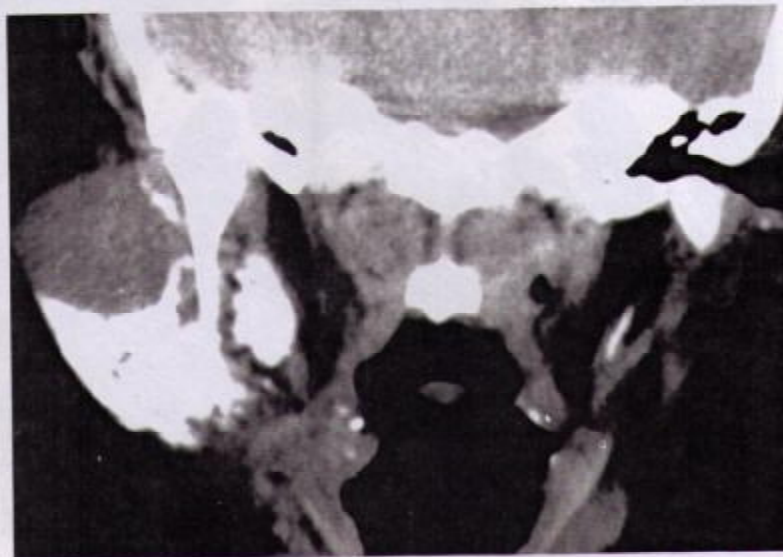
Certains investigateurs recourent systématiquement à l'une ou l'autre de ces méthodes selon une stratégie, la plus judicieuse possible. A cet égard Bruneton propose une démarche diagnostique reposant sur l'échographie et la scanographie. En raison de sa rapidité, de son faible coût, l'échographie est effectuée en première intention lorsqu'il s'agit d'une tuméfaction des glandes salivaires. Elle doit être pratiquée en temps réel avec une sonde de haute fréquence afin d'avoir une étude topographique la plus complète possible et une analyse de la structure tumorale. En cas de lésion homogène, bien limité, ou devant un aspect échographique suspect mais où les limites tumorales sont bien perçues et le diamètre de la lésion inférieure ou égale à 3 cm, la tendance actuelle serait de prendre la décision thérapeutique sans autre exploration. Par contre, si cette lésion douteuse mesure plus de 3cm dans son grand axe ou si elle semble à l'évidence maligne tant sur le plan clinique qu'échographique, il paraît prudent d'essayer de repérer le plan du nerf facial et de préciser l'extension en profondeur par un examen scannographique ou à défaut une sialographie(47).

D'autres, interventionnistes demeurent sceptiques vis-à-vis des conséquences pratiques de ces diverses explorations. Cette attitude repose d'une part sur le manque de spécificité de ces méthodes et d'autre part sur l'indication quasi-systématique d'une exploration chirurgicale. Elle redonne ainsi une place prépondérante à l'examen clinique et l'expérience de l'opérateur. Ce n'est alors que dans quelques cas, non exceptionnels, que l'on aura recours à l'imagerie tumeur particulièrement volumineuse ou à expression oropharyngée, caractère manifestement malin avec adhérence aux éléments osseux ou vasculaires, atteint de la 7^{ème} paire crânienne, suspicion d'une tumeur vasculaire, localisation bilatérales. Mais la technique employée devra être capable de distinguer cette tumeur intra-glandulaire d'une lésion extrinsèque d'apprécier ses relations avec le nerf facial, enfin d'identifier sa nature bénigne ou maligne. De par ses capacités de résolution des contrastes tissulaire, la résonance magnétique nucléaire est devenue, sans nul doute dans ces cas difficiles, la méthode la plus performante.

- 101 -

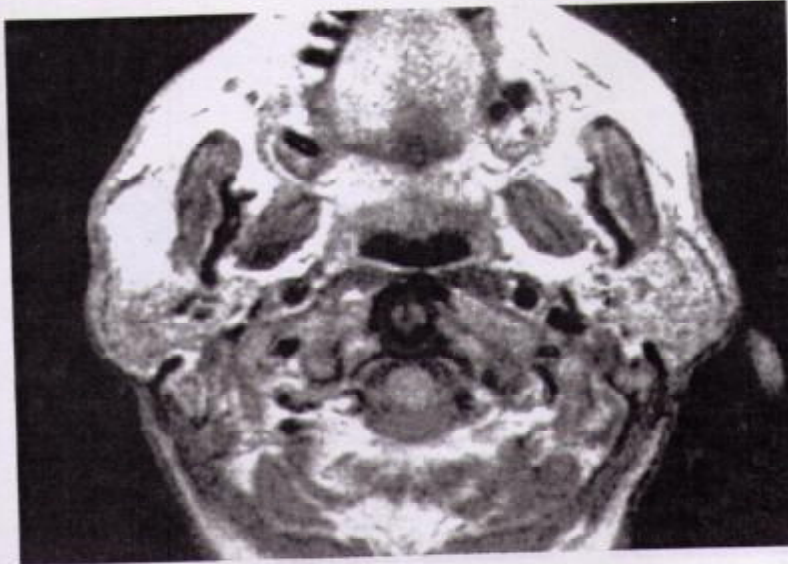


Tomodensitométrie d'un adénome pléomorphe de la portion latéro-faciale
d'une glande parotide droite (Dr. Arrué)
Contraste sialographique et vasculaire, coupe axiale (Elscent 2400 Elite)



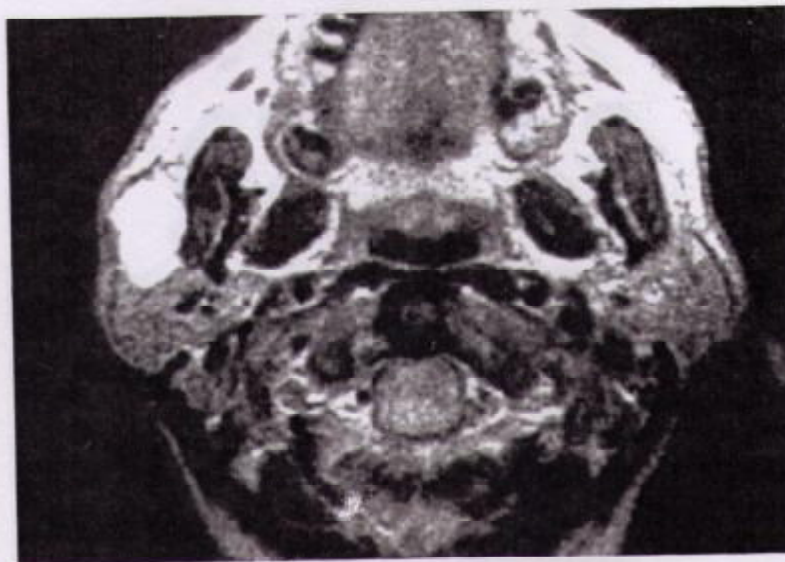
Tomodensitométrie d'un adénome pléomorphe de la portion latéro-faciale
d'une glande parotide droite (Dr. Arrué)
Contraste sialographique et vasculaire, coupe coronale (Elscent 2400 Elite)

- 102 -



**Résonance magnétique nucléaire d'un adénome pléomorphe de la portion latéro-faciale
d'une glande parotide droite (Dr. Arrué)**

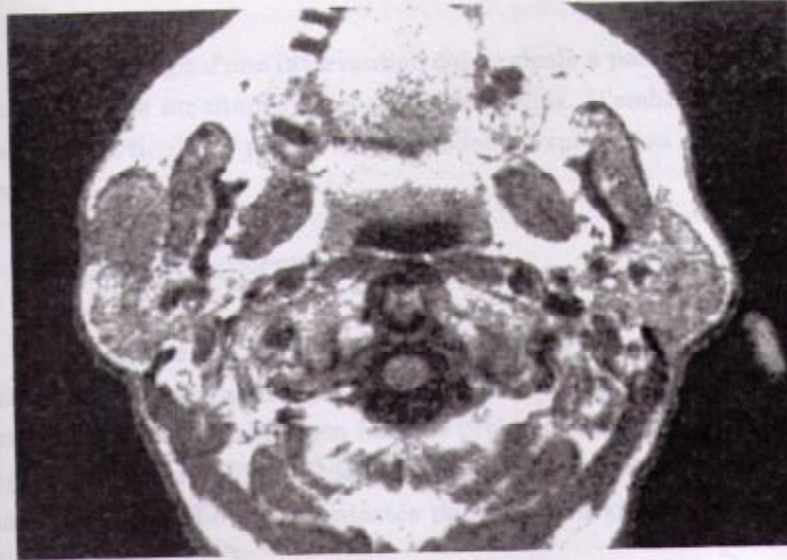
Séquence pondérée en T2 : temps de répétition = 2000 ms
1er écho : temps d'écho = 35 ms (Thomson CGR Magniscan 0,5 Tesla)



**Résonance magnétique nucléaire d'un adénome pléomorphe de la portion latéro-faciale
d'une glande parotide droite (Dr. Arrué)**

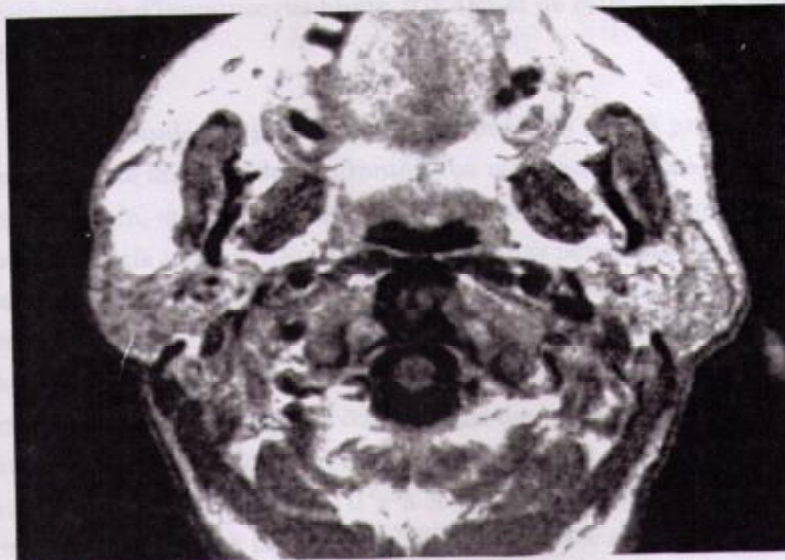
Séquence pondérée en T2 : temps de répétition = 2000 ms
2ème écho : temps d'écho = 70 ms (Thomson CGR Magniscan 0,5 Tesla)

- 103 -



Résonance magnétique nucléaire d'un adénome pléomorphe de la portion latéro-faciale
d'une glande parotide droite (Dr. Arrué)

Séquence pondérée en T1 : temps de répétition = 500 ms
pré-Gadolinium (Thomson CGR Magniscan 0,5 Tesla)



Résonance magnétique nucléaire d'un adénome pléomorphe de la portion latéro-faciale
d'une glande parotide droite (Dr. Arrué)

Séquence pondérée en T1 : temps de répétition = 500 ms
post-Gadolinium (Thomson CGR Magniscan 0,5 Tesla)

D. EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUES

1. LA BIOPSIE

Il s'agit d'une intervention chirurgicale à part entière qui mérite d'être envisagée au chapitre des parotidectomies. D'emblée, soulignons sa place très particulière parmi les méthodes d'exploration de la pathologie salivaire.

2. LA CYTOPONCTION

A coté des explorations radiologiques dont les prétentions sont essentiellement anatomiques, la ponction cytologique à l'aiguille fine permettrait de résoudre de façon fiable le problème initial et primordial de la bénignité ou de malignité de la lésion considérée(64). Cependant tout comme l'imagerie elle reste contestée par les chirurgiens cervico-faciaux et les divise.

Décrite dès 1930 par Hayes-Martin la ponction-biopsie, expression aujourd'hui excessive, a bénéficié depuis une vingtaine d'années de l'apport des méthodes de fixation à l'alcool et de coloration de Papanicolaou, des aiguilles fines de 23, voire de 25 gauges et tout récemment des techniques d'immunocytochimie et de cytométrie de flux(65,66,67,68).

L'étude des principales séries publiées tend à prouver la valeur diagnostique de la méthode, confrontée aux résultats anatomo-pathologiques définitifs. Le taux de corrélation est en moyenne de 90,6% et la spécificité de 96,5%. O 'Dwyer rapporte le faible pourcentage de faux positifs essentiellement aux atypies rencontrées dans les adénomes. La sensibilité par contre n'est que de 81,4%. L'importance des faux négatifs proviendrait des difficultés qu'il y a à distinguer d'une part les tumeurs et d'autre part les carcinomes adénoïdes kystiques des adénomes pléomorphes.

S'il est particulièrement audacieux en cas de tumeur maligne, un diagnostic anatomo-pathologique précis paraît autorisé concernant certaines tumeurs bénignes : lymphadénopathie du Sida, tumeur de Whartin, adénome pléomorphe avec jusqu'à 74% et 90% de corrélation pour ces dernières. Entre autres, l'immuno-cytochimie a permis de mettre en évidence une Co-expression de GFA (Protéine acide gliale-fibrillaire), de kératine et de vimentine spécifique du diagnostic de tumeur mixte.

Cette fiabilité a permis de considérer la cytoponction comme étant décisive dans la stratégie diagnostic des tumeurs de la parotide. L'orientation étiologique aiderait le médecin, d'une part dans la décision thérapeutique et le choix de la technique chirurgicale, d'autre part dans l'appréciation du risque de sacrifice du nerf facial et la discussion de ses procédés de réhabilitation, mais également le patient informé des éventuelles séquelles dues au traitement. Une réponse bénigne chez un malade âgé ou à l'état général déficient autoriserait à sursoir à la chirurgie pour se contenter d'une surveillance sans autre intervention. La cytologie permettrait de mettre en évidence la métastase intra-parotidienne d'un carcinome primitif cervico-maxillo-facial connu ; d'établir l'origine des masses cervicales non encore rattachées avec certitude à la parotide : adénopathie haute de la chaîne jugulo-carotidienne, kyste branchial ; enfin de proposer en remplacement des explorations radiologiques beaucoup plus lourdes une technique simple, ni douloureuse, ni invasive, de pratique ambulatoire, aisément reproductible, de lecture rapide, au faible coût et bien acceptée par le patient.

Cependant la méthode n'échappe pas à certaines remarques, voire critiques :

Afin d'optimiser les résultats, l'interprétation nécessite un cytologiste rompu à cette technique, entraîné et prudent dans sa réponse, travaillant en parfaite collaboration avec le clinicien.

Le nombre de ponctions blanches est à prendre en considération : lésion non ponctionnable ou nécrotique, étalement sanglant ou pauci-cellulaire.

Il existe un risque de fistulisation des collections liquidiennes ou des lésions infectieuses et de dissémination des tumeurs cancéreuses ou mixtes par rupture capsulaire.

L'évaluation d'un tel examen, dont le rôle fondamental est d'éliminer avec certitude toute lésion maligne, repose non pas sur la spécificité, mais sur la sensibilité(199).

Enfin, en dehors de quelques cas particuliers, la réponse fournie, qu'elle soit bénigne ou maligne, ne modifie pas en pratique l'attitude classique face aux tumeurs de la parotide, qui reste chirurgicale.

Le cytodiagnostics par ponction à l'aiguille fine des tuméfactions salivaires n'est en définitive d'un intérêt certain que dans quelques situations bien particulières.

Origine salivaire, ganglionnaire ou congénitale des tuméfactions latéro-cervicales hautes cliniquement difficiles.

Extension au tissu salivaire des lymphomes en cours d'évolution pré-thérapeutique.

E. HISTOGENESE

Les tumeurs des glandes salivaires, du fait de leur très grand polymorphisme posent des difficiles problèmes quant à leur histogénèse. En complément des données fournies par l'embryologie, l'histochimie, la microscopie électronique et l'expérimentation, l'immuno-histochimie et apports des arguments supplémentaires morphologiques et fonctionnels sur ces tumeurs. Celle-ci peut ainsi mettre en évidence, selon les cas telles ou telles variétés de filaments de taille intermédiaire (cytokératine, vimentine, protéine gliale fibrillaire), de marqueurs fonctionnels (composante sécrétoire, lactoferrine, lysosome), de marqueurs tumoraux (antigène carcino-embryonnaire) ou de substances diverses (31, 32).

En ce qui concerne les cystadénolymphomes. Il s'agit d'une prolifération épithéliale qui survient dans un tissu lymphoïde préexistant. En effet, nous avons vu l'imbrication possible et relativement fréquente dans la région parotidienne du tissu lymphoïde et de parenchyme salivaire, l'un et l'autre se constituent à peu près à la même période de la vie fœtale alors que l'encapsulation de la parotide se produit plus tardivement (33, 31).

Pour ce qui est de l'ensemble des autres adénomes salivaires, pléomorphes et monomorphes, une même théorie histogénétique peut être envisagée. Soit comme Batsakis ces tumeurs naissent à partir d'une cellule souche dite cellule canaliculaire, les cellules sont douées d'une importante activité régénératrice. Soit elles dérivent d'une unité ducto-acineuse constituée de l'acinus et du canal intercanalaire voisin. Quelle que soit la théorie envisagée, les factures locaux d'environnement semblent jouer un rôle important, témoins d'interactions épithélio_mésenchymateuses(31).

L'histogénèse des tumeurs muco_épidermoïdes, la plus admise, est celle faisant naître la tumeur à partir de cellules des canaux excréteurs. Récemment, Dardick

soumet l'hypothèse que certaines de ces tumeurs pourraient être d'origine plus distale, prenant naissance à partir de l'unité ducto-acineuse (31, 34).

Les tumeurs à cellules acineuses proviendraient également soit de cellules canaliculaires de réserves, soit de l'unité ducto-acineuse. la possibilité pour les cellules acineuses de se multiplier oriente plutôt vers cette dernière théorie.

De la même façon, le carcinome adénoïde kystique pourrait naître soit de cellules canaliculaires de réserves, soit de l'unité ducto-acineuse(35).

Quelle que soit la variété carcinomateuse du carcinome sur adénome pléomorphe, l'opinion la plus communément admise actuellement est la survenue d'un nouveau clone cellulaire et non l'existence d'une tumeur mixte maligne d'emblée.

Enfin, l'origine de quelques autres tumorales plus rares peut être envisagée : les carcinomes épidermoïdes des glandes salivaires semblent naître du canal excréteur ; les adénocarcinomes peuvent, selon leur variété, naître du canal excréteur ou du canal intercalaire ; les carcinomes indifférenciés naîtraient des cellules de réserves du canal intercalaire(31) ;

L'approche de l'histogénèse des tumeurs salivaires souligne, en synthèse, le rôle des cellules myoépithéliales, le fait que certains éléments tumoraux ont conservé ou acquis des propriétés nouvelles témoin d'une certaine différenciation, enfin l'importance des interactions entre l'épithélium et le conjonctif dans la morpho-différenciation tumorale.

F. DESCRIPTION

1. TUMEURS EPITHELIALES

1.1. ADENOMES

a) Adénomes pléomorphes

- **Présentation clinique**

IL s'agit en règle d'une tumeur isolée, à croissance lente, de consistance ferme, parfois rénitente, de surface lisse et de volume modéré, mais qui peut devenir après de nombreuses années plus importante et bosselée. Elle intéresse le plus souvent la portion exo ou sous-faciale de la glande (3, 20).

- **Aspect histologique**

Macroscopiquement, la tumeur est ferme mais non dur, blanchâtre ou légèrement bleutée et translucide à la coupe. On peut y retrouver des zones mucoides, de petits kystes, voire quelques calcifications. la bonne limitation de la lésion est liée à une condensation fibreuse périphérique qui ne réalise pas toujours encapsulation complète peut être infiltrée par les éléments tumoraux.

Cette plurifocalité est très diversement appréciée selon les études, sans doute fonction de la ténacité avec laquelle sont recherchés les ponts d'union entre les différents nodules (3, 21).

L'adénome pléomorphe doit son appellation à son aspect histologique très varié d'une tumeur à l'autre mais aussi au sein d'une même tumeur. La prolifération est faite de cellules épithéliales disposées autour de lumières glandulaires et de cellules myoépithéliales. Celles-ci se présentent soit en une ou plusieurs couches autour des formations canalaire épithéliales, soit en nappes cellulaires plus ou moins denses, soit isolées dans le stroma .d'autre cellules peuvent être observées, ce qui accroît encore le polymorphisme morphologique : cellules oncocytaires, cellules claires de

type sébacé , éléments malpighiens autour de petits kystes cornés , cellules muco_sécrétantes voire cellules de langerhans(3).

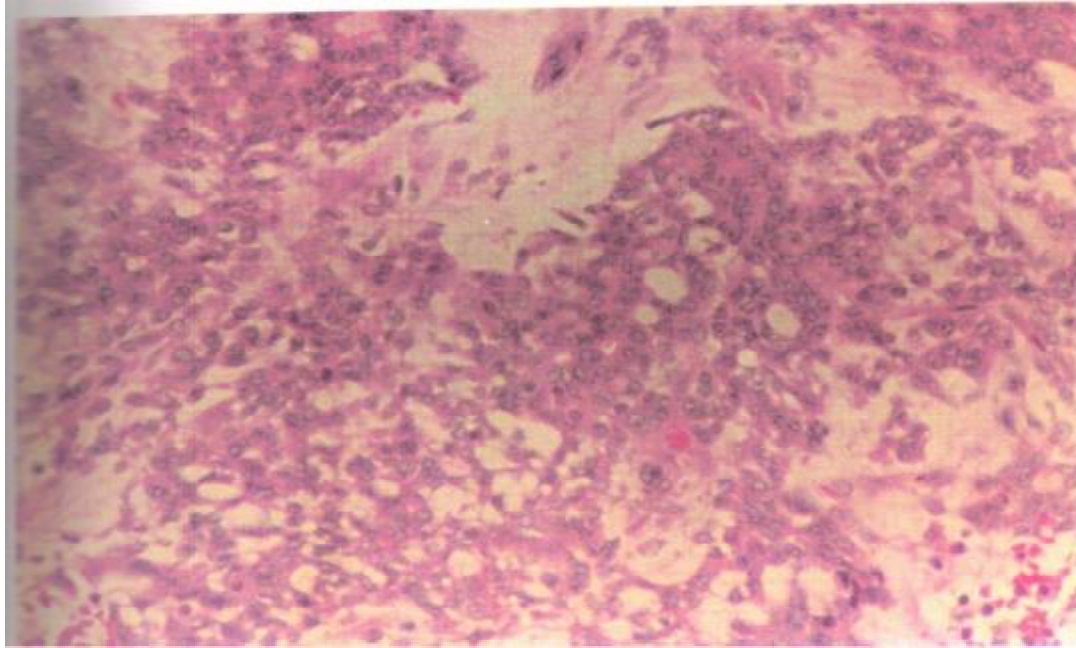
Le deuxième élément constitutif des adénomes pléomorphes est le stroma. D'abondance très variable et d'aspect diverse, il est le plus souvent myxo-chondroïde, parfois chondroïde ou avec des plages fibreuses ou fibro-hyalines, des plages adipeuses, des calcifications, des foyers de métaplasie osseuse ou des amas cristallins. Ce type histologique s'accompagne généralement d'une néogénèse élastique autour des canaux.

Le diagnostic différentiel parfois délicat nécessite d'effectuer un nombre suffisant de prélèvement à la recherche de plage caractéristiques.

- **Pouvoir évolutif**

Il est dominé par la récurrence locale. Celle-ci se rencontre essentiellement pour la parotide. Elle apparaît dans des délais allant de quelques mois à plus de 20 ans. Il s'agit en règle d'une récurrence pluri-nodulaire avec des nodules séparés les uns des autres et y très souvent des foyers dans la cicatrice cutanée de première intervention (3, 20).

La survenue d'un carcinome dans un adénome pléomorphe est considérée dans la classification de l'O.M.S. parmi les tumeurs malignes.



Coupe histologique d'une glande parotide

Adénome pléomorphe riche en cellules

b) Adénome simple

Ces adénomes monomorphes, maintenant présentés individuellement, complètent le groupe des tumeurs épithéliales bénignes.

cystadénolymphome

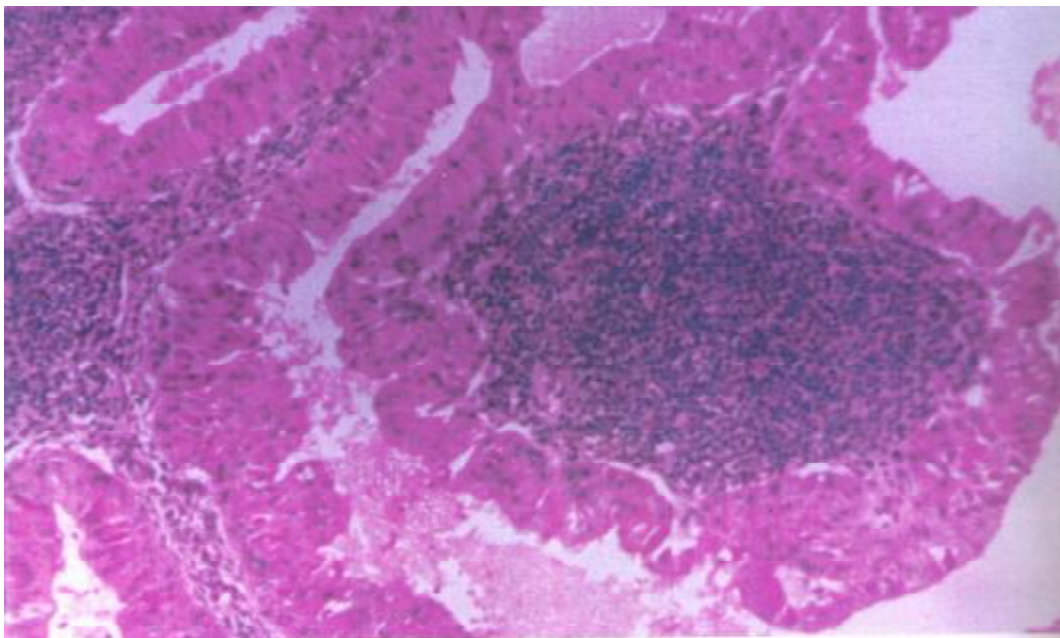
Il s'agit de la variété la plus habituelle des adénomes monomorphes soit de 5 à 13.5% des tumeurs de la parotide. Cette tumeur se rencontre avec prédominance chez l'homme, siège presque exclusivement dans la parotide et peut être bilatérale ou pluri focale à l'intérieur d'une même glande.

Cliniquement, l'adénolymphome ou tumeur de warthin, se présente comme une tumeur superficielle en règle postéro-inférieure, de croissance lente, mais émaillée de poussées inflammatoires(3).

Bien limités par une capsule, la tumeur comporte de multiples kystes de taille variable, à contenu brun clair ou plus foncé, parfois épais, filant, puriforme ou l'on peut retrouver des végétations blanc-grisâtre. Une double couche cellulaire épithéliale, l'une superficielle, l'autre profond.

Chaque couche cellulaire est composée d'oncocytes de morphologie distincte et de rares cellules myoépithéliales reposant sur la membrane basale. Les éléments épithéliaux comportent des plages de métaplasie malpighienne ou contiennent des éléments sébacés.

La deuxième composante du cystadénolymphome est le tissu lymphoïde qui comporte de volumineux follicules parfois très nombreux retrouvés dans le sommet renflé des végétations. Le tissu lymphoïde peut former un véritable ganglion avec une capsule périphérique et des sinus. Ce stroma peut contenir des amas de macrophages, voire des lésions tuberculoïde.



Coupe histologique de la glande parotide(adénome simple)

Adénome oxyphile

Les adénomes à cellules oxyphiles ou oncocytomes représentent 0.6% à 1% des tumeurs salivaires et sont rares en dehors de la parotide. Ils surviennent après 50 ans, un peu plus souvent chez la femme, proche cliniquement de l'adénome pléomorphe, ils forment une lésion bien circonscrite.

Macroscopiquement la tumeur est blanc-rosé ou brun claire à la coupe, sans aspect cavaire, aux limites nettes. Elle est constituée de cellules oncocytaires regroupées en travées ou en cordons avec un stroma grêle non myxoïde. On retrouve des éléments lymphoïdes épars ou nodulaires, quelques cellules sébacées ou muco-sécrétasses mêlées aux éléments oxyphiles.

Autres types d'adénomes simples

Adénome à cellules sébacées

Il s'agit d'une tumeur très rare, presque toujours parotidienne, bien limitée, encapsulée, pouvant évoquer un adénome pléomorphe. La prolifération est constituée presque exclusivement de cellules identiques à celles des glandes annexielles cutanées, groupées en amas ou en petits nodules soulignés par de fines cloisons conjonctives. Il s'agit d'une tumeur qui ne récidive pas.

- **Adénome à cellules basales**

Ils représentent 2% de l'ensemble des tumeurs salivaires. Sans prédominance de sexe, ils apparaissent après 60 ans, surtout dans la parotide et les glandes labiales supérieures et évoquent cliniquement une tumeur mixte : indolore, bien limitée et à croissance lente. L'adénome baso-cellulaires ne récidive pas mais la possibilité de formes malignes a été signalée.

- **Adénome à cellules claires**

Il n'existe que quelques cas exceptionnels de véritables adénomes à cellules claires : 0.4% des tumeurs salivaires, sans prédilection pour l'un ou l'autre sexe, ils surviennent à l'âge moyen de la vie, surtout dans la parotide(20).

- **Adénome à cellules myoépithéliales**

Le myoépithéliome est une tumeur peu fréquente : 0.8% des tumeurs des glandes salivaires siégeant le plus souvent dans la parotide, voire la sous-maxillaire et les glandes salivaires accessoires. L'âge moyen de survenue est de 50 ans, sans prépondérance pour l'un ou l'autre sexe. Il est constitué d'une prolifération de cellules myoépithéliales avec par endroit des espaces micro-kystiques intercellulaires. Son pronostic est bon, et les récives sont rares(20).

- **Adénome monomorphes divers**

Ils s'opposent d'une part aux adénomes pléomorphes par l'aspect régulier, uniforme de la tumeur et par un stroma peu abondant sans aucune image myxo-chondroïde. Ils représentent 3 à 4% de l'ensemble des tumeurs salivaires et siègent dans la parotide mais aussi dans les glandes accessoires : palatines, jugales, et labiales supérieures. Ils apparaissent après 50 ans, sont de petites tailles, bien limités, comme une tumeur mixte(3).

1.2. CARCINOME

a) Carcinome muco-épidermoïde

- Présentation clinique

Elles représentent de 3 à 10% de l'ensemble des tumeurs salivaires. Cette fréquence est de plus variable d'une glande à l'autre : minime pour la sous-maxillaire, elle atteint 4 à 5% de l'ensemble des tumeurs de la parotide, pour être beaucoup plus importante dans les glandes salivaires accessoires. Des localisations osseuses intra mandibulaires ont été décrites. La répartition selon le sexe est à peu près égale et l'âge de survenue s'étend aux deux extrêmes de la vie jusqu'à l'enfant en particulier, avec un maximum de fréquence entre 20 et 50 ans(3).

Il s'agit d'une tumeur indolore, à croissance lente, mais pouvant présenter un accroissement récent plus marqué, parfois même ulcérer le revêtement cutané de la région parotidienne.

- Aspect histologique

Macroscopiquement, la tumeur de quelques centimètres de diamètre est en règle à limites imprécises ou du moins sans encapsulation complète. Elle peut être pleine, creusée de petits kystes ou parfois présenter un volumineux kyste uniloculaire clair ou mucoïde.

Au plan histologique, la tumeur muco-épidermoïde est constituée de deux éléments cellulaires de bases : les cellules muco_sécrétantes et épidermoïdes auxquelles s'ajoutent des cellules intermédiaires qui peuvent être éosinophiles, claires ou basophiles. On peut trouver également des foyers de cellules oncocytaires ou sébacées. L'aspect polymorphe de ces tumeurs est lié à la proportion très variable d'un cas à l'autre des divers constituants cellulaires et à leur répartition originale, également au sein d'une même tumeur. Ainsi, les cellules muqueuses se groupent en une ou plusieurs couches autour de cavités plus ou moins volumineuses remplies de

mucus, parfois ces cellules forment des amas compacts ou encore s'isolent au sein de massifs épidermoïdes ou intermédiaires.

Le stroma est peu abondant, relativement homogène. Parfois dissocié par des plages de mucus, il peut comporter des zones fibro-hyalines, des éléments lymphoplasmocytaires et des mastocytes. Il n'existe pas de capsule, mais rarement on retrouve une extension péri nerveuse et des images de perméation endovasculaire.

- **Pouvoir évolutif**

Le pronostic de ce type tumoral est fondamental, mais semble-t-il, extrêmement difficile à préciser. Du fait de leur caractère évolutif imprévisible, de nombreuses méthodes ont tenté d'établir un histo-pronostic en se basant sur la proportion et la différenciation des divers types cellulaires, la présence ou non de kystes, les caractères du stroma et la limitation de la tumeur(3).

Actuellement, il existe au moins deux ou trois types principaux dans ces tumeurs :

Les tumeurs muco-épidermoïde bien différenciées de bas degré de malignité. Riche en cellules muqueuses avec des cellules épidermoïdes bien différenciées.

Les tumeurs peu différenciées ou de haut degré de malignité ou carcinomes muco-épidermoïdes. Les cellules à mucus sont peu nombreuses et les atypies cyto-nucléaires sont nombreuses de même que les mitoses.

Entre ces deux types, se situe un troisième **groupe de différenciation modérée et de malignité intermédiaire**. Les cellules à mucus représentent plus de 10% des cellules, mais les cellules intermédiaires sont nombreuses

b) Carcinome à cellules acineuses

- **Présentation clinique**

Ces tumeurs sont peu fréquentes : 1 à 3,5% des tumeurs salivaires et siègent dans la parotide ou des formes bilatérales ont été décrites. Elles surviennent avec une nette prédominance féminine et à un âge varié, surtout adulte, mais parfois chez le jeune(3).

Il s'agit classiquement d'une tuméfaction du lobe superficiel de la parotide, mobile sous la peau et d'évolution lente. Elle peut se présenter fixée lorsqu'elle siège dans le lobe profond, parfois s'accompagne de douleur et rarement il existe une atteinte de la motricité faciale.

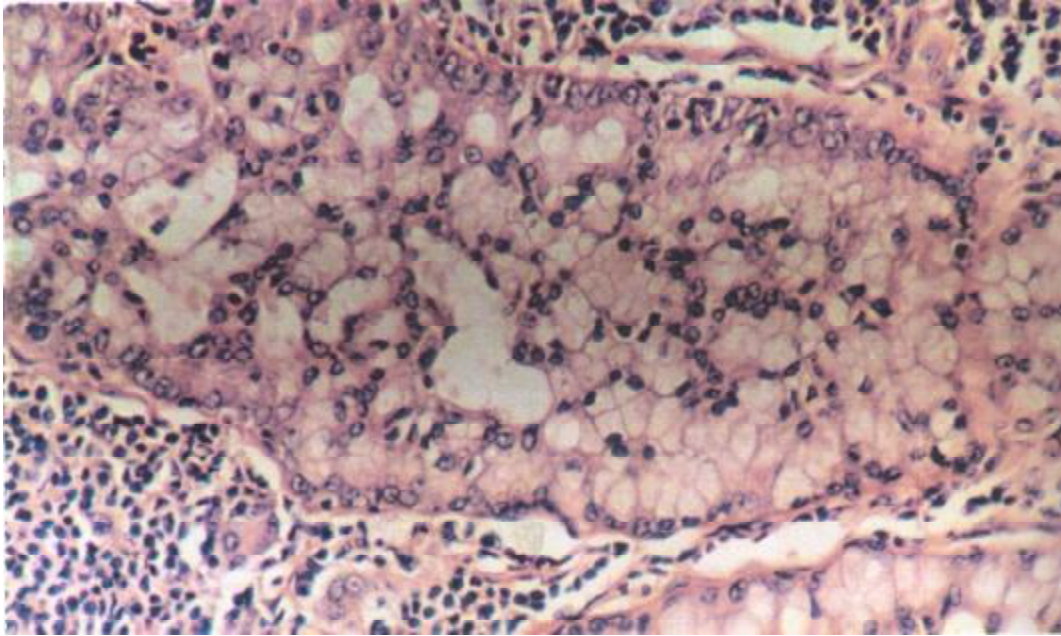
- **Aspect histologique**

La lésion est bien limitée, sans encapsulation véritable, blanc-grisâtre à la coupe avec quelques petites zones hémorragiques ou kystiques. La prolifération tumorale est constituée d'éléments de type séreux à différenciation acineuse formant de larges plages sans lobulation ni canaux excréteurs. On y retrouve également des cellules claires et des éléments d'aspect canalaire. De petites cavités à contenu séreux peuvent séparer ces diverses cellules, enfin certaines tumeurs se creusent de micro-kystes avec des végétations. Le stroma peu abondant, formé de tissu conjonctif non remanié peut présenter quelques calcosphérites ou réactions tuberculoïdes. Par contre on y retrouve volontiers des éléments lymphoïdes, susceptibles de former des follicules à centre clairs.

- **Pouvoir évolutif**

L'établissement d'un pronostic est aussi difficile que pour les carcinomes muco-épidermoïdes. Bien que de nombreux auteurs aient essayé d'établir des critères en fonction du caractère plus ou moins différencié des cellules, de l'architecture, des atypies cellulaires ou de l'aspect de stroma, il ne semble pas exister de critères

histopronostiques. Leur évolution imprévisible, il peut s'agir de récurrence locale, pluri-nodulaires, adhérentes, de reprises chirurgicales difficiles, d'adénopathies cervicales et de métastases à distance pulmonaire, osseuse ou cérébrale(3).



Coupe histologique d'une glande parotide

Carcinome à cellules acineuses

c) **Carcinome adénoïde kystique**

• **Présentation clinique**

Les cylindromes forment le groupe le plus important des tumeurs malignes épithéliales salivaires. Leur fréquence s'établit entre 2 et 14% de l'ensemble des tumeurs salivaires mais est en fait très variable selon la glande atteinte. Ils ne représentent que 2 à 4% pour la parotide alors qu'ils sont beaucoup plus fréquents pour les sous-maxillaires, les sublinguales ou les palatines. Ils touchent les deux sexes de façon égale avec un pic entre 40 et 60 ans, l'âge moyen de 56 ans étant supérieur à celui des adénomes pléomorphes(3).

Les cylindromes se présentent cliniquement comme une tumeur de croissance lente ayant la particularité, souvent évocatrice, d'être douloureuse ; l'atteinte du nerf facial par contre est rare.

- **Aspect histologique**

Macroscopiquement la tumeur, qui peut avoir une fausse apparence de bonne limitation, est homogène à la coupe sans remaniements ni kystes. Dans sa forme habituelle est constitué d'éléments épithéliaux agencés en cordons ou en plages compactes, creusés de cavités, réalisant un aspect cribriforme. Les espaces cavitaires comprennent quelques vraies formations glandulaires dont la lumière très réduite est bordée de cellules de type canalaire, mais la plupart des cavités sont en fait des pseudo-kystes remplis d'un matériel mucoïde ou hyalin. Le stroma surtout lorsqu'il est hyalin peut être très abondant. Les massifs épithéliaux sont alors réduits à des formations tubuleuses ou à des travées plus ou moins grêles, les cellules tumorales pouvant même être isolées.

Cette tumeur peut prendre un autre aspect basaloïde, constituée de massifs épithéliaux larges, compacts, à centre parfois nécrosés, peu différenciés. On y décèle par endroit quelques petites cavités à contenu hyalin ou mucoïde(20).

Il existe une troisième forme très différenciée, trabéculaire ou tubulaire particulièrement riche en stroma fibro- hyalin.

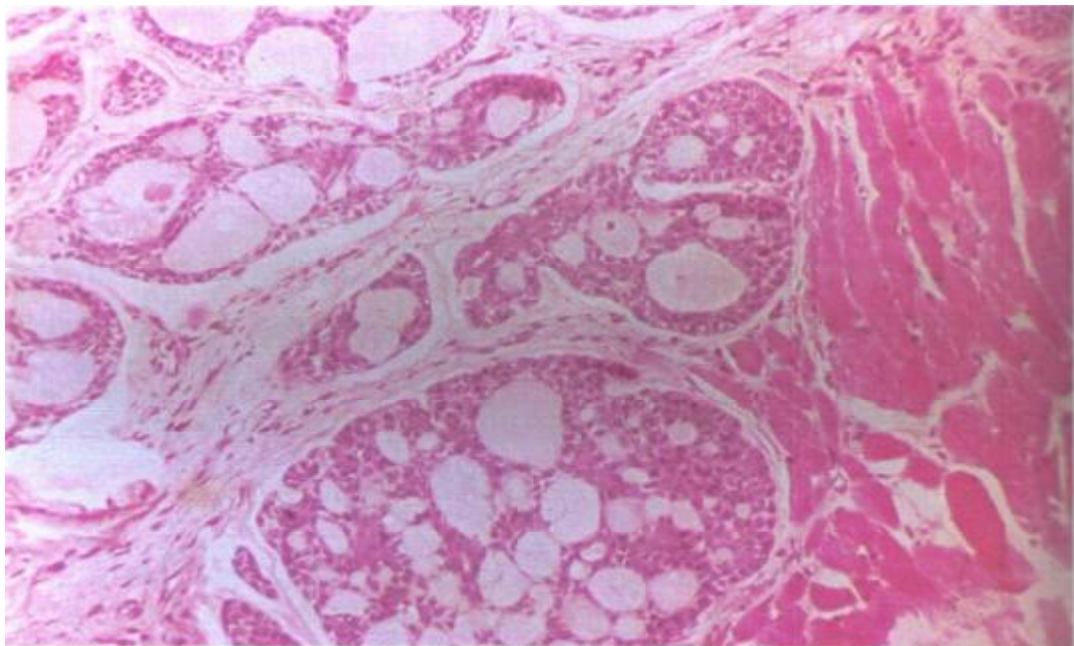
Enfin, des formes mixtes associent les deux aspects cribriformes classiques et basaloïdes, la présence de plages sébacées au sein de cylindre a été rapportée.

- **Pouvoir évolutif**

Le pronostic des cylindromes est dans l'ensemble péjoratif. Avec des récives locales fréquentes, les métastases ganglionnaires sont inhabituelles, elles semblent liées davantage à une extension de continuité qu'à une authentique métastase. En ce

qui concerne les localisations à distance, surtout pulmonaires, puis osseuses, hépatiques et enfin cérébrales.

L'établissement d'un histopronostic a longtemps été très discuté pour les cylindromes, cependant les travaux les plus récents font part d'une corrélation entre l'aspect histologique et l'évolution. il semblerait que les formes basaloides, qu'elles le soient partiellement ou en totalité aient une évolution particulièrement défavorable avec survenue précoce de récidives puis de métastases. Les variétés cribriformes et surtout trabéculaires ont une plus grande lenteur évolutive de la tumeur primitive et des éventuelles métastases et donc un meilleur pronostic d'ensemble.



Coupe histologique de la glande parotide

Carcinome adénoïde kystique

d) Carcinomes divers**Leurs caractères communs**

Il s'agit d'un groupe hétérogène qui représente 8 à 14 % des tumeurs salivaires. Ces carcinomes peuvent apparaître d'emblée ou sur une lésion bénigne préexistante, en particulier un adénome pléomorphe. Leur âge de survenue est en règle supérieur à 60 ans et ils prédominent nettement dans le sexe masculin. La glande parotide concernée, mais aussi les glandes salivaires accessoires et la sous-maxillaire ou la proportion de carcinome est très augmentée. la présentation clinique peut être évidente : tumeur volumineuse, indurée, aux limites imprécises, fixée aux plans superficiels et profonds, parfois douloureuse ou retentissant sur la motricité faciale, des métastases ganglionnaires cervicales ou pulmonaires peuvent être constatées d'emblées.

Macroscopiquement, la tumeur est mal limitée, infiltrante, souvent dépassant 5 cm de diamètre, blanchâtre à la coupe avec parfois des remaniements hémorragiques et nécrotiques. La prolifération tumorale est manifestement maligne devant l'infiltration de la lésion, les extensions péri nerveuses, les perméations endo vasculaires et l'importance des anomalies cytonucléaires.

- **Adénocarcinomes**

Ces adénocarcinomes peuvent être plus ou moins différenciés, de structure trabéculaire ou tubulaire, voire mucosécrétante. l'évolution est souvent importante avec extension locale, métastases ganglionnaires et viscérales(19).

Adénocarcinome polymorphe de bas degré de malignité**Carcinome épithélio-myoépithélial****Carcinome canalaire salivaire****Cystadénocarcinome papillaire**

- **Carcinome épidermoïde**

La différenciation épithéliale malpighienne de ces carcinomes qui représentent 2 à 4 % des tumeurs salivaires, est en général nette et la maturation kératosique habituelle. Il importe de toujours éliminer l'extension d'un carcinome épidermoïde de voisinage (3).

- **Carcinome indifférencié**

Ils représentent également 2 à 4 % des tumeurs salivaires et apparaissent à un âge assez avancé. Ils sont constitués de nappes de cellules indifférenciées, dont la nature épithéliale n'est pas toujours évidente d'où l'intérêt d'une étude immuno-histochimique(3).

La plupart de ces carcinomes mais aussi une tumeur muco-épidermoïde peuvent apparaître à l'intérieur d'une tumeur préexistante, essentiellement au sein d'un adénome pléomorphe, mais aussi parfois dans un cystadénolymphome ou dans une lésion lympho-épithéliale bénigne(3).

- e) **Carcinome sur adénome pléomorphe**

- **Présentation clinique**

Loin d'être rares, ces tumeurs mixtes malignes représentent 1,5 à 5,5 % de l'ensemble des tumeurs salivaires (22, 23). Ils s'agit habituellement d'un sujet de sexe masculin, de plus de 60 ans, siégeant dans le lobe profond, ainsi peuvent apparaître une augmentation rapide de volume de la tumeur, une fixité, des phénomènes douloureux, une paralysie faciale mais la découverte peut être une surprise anatomo-pathologique.

- **Aspect histologique**

Macroscopiquement, il est possible de voir à côté des zones d'adénome pléomorphe des plages blanchâtres, indurées et mal limitées. L'examen microscopique montre un adénome pléomorphe et en d'autres endroits un carcinome. Celui-ci peut être indifférencié ou glandulaire, plus souvent épidermoïde ou à cellules claires. La composante maligne évidente peut avoir détruit la presque totalité de l'adénome préexistant, inversement l'élément carcinomateux peut être difficile à authentifier, justifiant de la nécessité de multiples prélèvements.

- **Pouvoir évolutif**

Le pronostic de ces tumeurs mixtes malignes est péjoratif, comme celui des autres carcinomes salivaires avec apparition de récurrences et métastases dans plus d'un tiers des cas et la survie est faible(20).

2. TUMEURS NON EPITHELIALES

Les tumeurs non épithéliales des glandes salivaires sont rares, elles prennent naissance à partir de l'un des éléments du tissu interstitiel et leur nature n'est pas spécifique au tissu glandulaire salivaire. De siège surtout parotidien, elles sont un peu plus fréquentes chez l'enfant(18).

2.1 TUMEURS BENIGNES

Les tumeurs vasculaires bénignes sont relativement fréquentes. Elles comprennent les lymphangiomes et surtout les hémangiomes qui ne sont parfois décelés que chez l'adulte. De nature hamartomateuse, ils sont presque toujours diffus, peuplant le tissu conjonctif interstitiel de petits vaisseaux capillaires à endothélium turgescent ou de larges cavités kystiques à contenu séreux ou hématique. Ces angiomes peuvent régresser s'incrétant alors de multiples concrétions calcaires(20).

D'autres tumeurs bénignes prises en général cliniquement pour un adénome pléomorphe sont observées : lipome, léiomyome, neurofibrome et schwannome né aux dépens d'un rameau du nerf facial.

2.2 TUMEURS MALIGNES

Les tumeurs malignes non épithéliales peuvent également être de nature vasculaire à type d'hémangioendothéliome malin ou d'hémangiopéricytome.

Diverses autres variétés de sarcomes : fibro, léio, rhabdo-myosarcome, schwannomes malins et d'exceptionnels cas de mélanomes malins primitifs parotidiens ont été rapportés.

Les lésions lymphomateuses sont les plus courantes de ce groupe. .

Ces lymphomes primitifs sont de types variés, superposables à ceux d'autres territoires. Il s'agit pour la plupart de lymphome malins non hodgkiniens et peuvent être classés en fonction de leur degré de malignité. Enfin il peut s'agir de la localisation secondaire d'un lymphome situé à distance.

3. TUMEURS SECONDAIRES INTRA-SALIVAIRES

Il s'agit soit, le plus souvent, de l'invasion métastatique de ganglion lymphatique intra-parotidien, soit d'une dissémination par voie hématogène au sein du parenchyme glandulaire. Certaines sont des propagations de tumeurs de voisinage : cavité buccale, pharynx, cuir chevelu et téguments de la face, d'autres sont des essaimages de néoplasmes lointains peau, bronches, estomac, rein, souvent latents et posant de ce fait de difficiles problèmes diagnostiques avec les tumeurs primitives des glandes salivaires. La structure de ces métastases peut être épidermoïde ou adénocarcinomateuses ou mélanocytaire, à noter le cas de métastase à cellules claires révélatrices d'un carcinome rénal. Enfin, la distinction entre

métastase ganglionnaire et parenchymateuse permettrait d'orienter les recherches vers une origine cervico-faciale ou extra cervico-faciale et de fixer le pronostic en règle très péjoratif(15).

4. LESIONS APPARENTEES

4.1 LESIONS LYMPHOEPITHELIALES BENIGNES

Cette manifestation peut n'intéresser qu'une glande salivaire, en règle la parotide et se présenter cliniquement comme une tumeur épithéliale.

Il s'agit d'une pullulation dense de lymphocytes adultes, infiltrant la glande et effaçant les structures acineuses. Les canaux sont engainés dans des manchons myoépithéliaux qui, proliférant, édifient des pseudo-centres germinatifs et des accumulations fibro-hyalines(20).

Sur cette lésion habituellement bénigne, peuvent apparaître un pseudo-lymphome, un authentique lymphome, voire un carcinome indifférencié(3).

4.2 HYPERPLASIE LYMPHOÏDE KYSTIQUE

En effet, Ryan en 1985 est le premier à individualisé la localisation aux glandes salivaires des adénopathies liées au syndrome d'immunodéficience acquis. Près d'une centaine d'observations d'hypertrophies parotidiennes constatées chez des sujets infectés par le VIH. Ces cas ont y permis de préciser la nature histologique de cette lésion comme étant une hyperplasie lymphoïde kystique et de l'intégrer dans le cadre du syndrome lymphadénopathique, stade ultime avant la forme la plus achevée, la plus sévère de l'infection par le VIH : le SIDA (24, 25).

L'examen clinique découvre une tuméfaction parotidienne, plus ou moins importante, en règle unilatérale, hétérogène, parfois d'emblé rénitente. Celle-ci

s'accompagne très fréquemment d'adénopathies cervicales ou diffuses persistantes(26).

A la coupe, il s'agit d'une masse blanchâtre, pseudo-tumorale, creusée de cavités à contenu séreux. Ces cavités sont bordées par un épithélium en parti cylindrique stratifié, ailleurs métaphasique malpighien.

A leur voisinage, noyé dans les infiltrats lymphoïdes, on observe des formations glandulaires résiduelles avec quelques nodules épimyoépithéliaux. Un tissu lymphoïde, bien structuré circonscrit ces kystes. Il comporte des follicules à centres germinatifs, des zones inter folliculaires et para corticales constituant une véritable formation adénoïde.

Sperling, à partir d'une évaluation d'un taux des lymphocytes T helper toujours supérieur à 200 / mm confirme que cette manifestation apparait à un stade relativement précoce de la maladie et estime qu'elle pourrait être un élément pronostic(26).

5. PARTICULARITES DES TUMEURS DE LA PAROTIDE CHEZ L'ENFANT

La pathologie parotidienne de l'enfant est dominée par les parotidites ourliennes et les parotidites microbiennes récidivantes, cependant tous les types tumoraux spécifiques des glandes salivaires peuvent s'observer.

Si l'on ne s'arrête pas seulement à la pathologie tumorale salivaire proprement dite de la parotide, les deux formations tumorales les plus fréquemment rencontrées pour une population pédiatrique dans cette région sont les angiomes et les lymphangiomes pour les lésions bénignes et les rhabdomyosarcomes pour les malignes(27).

5.1 Tumeurs congénitales

Certaines s'observent dès la naissance pouvant être responsables de dystocies, dans la plupart des cas elles sont découvertes au cours des deux premières années(27).

- Les angiomes : c'est l'une des plus caractéristiques tumeurs salivaires de la petite enfance, elle constitue la plus fréquente des tumeurs mésenchymateuses et des tumeurs tout type confondu de la première année de vie. L'aspect clinique en est assez évocateur : tuméfaction molle, fluctuante, expansive aux pleurs, centrée sur la région parotidienne, mais dépassant souvent les limites anatomiques de la glande avec une couleur bleutée de la peau en regard. Elles présentent une prédilection pour le sexe féminin et le côté gauche. Leur évolution tend à se faire vers une régression spontanée à partir de 2-3 ans (28, 29, 27).
- Les lymphangiomes : ce sont des lésions mésenchymateuses relativement fréquentes dans la petite enfance. Habituellement, la glande est atteinte secondairement à partir des tissus mous environnants. Ils n'ont aucune tendance à la régression spontanée.

- Les formes kystiques de fistules auriculo-branchiales : parmi les fistules auriculo-branchiales à symptomatologie parotidienne, les formes kystiques se traduisent sous la forme d'une tuméfaction dure, isolée, c'est-à-dire sans bride pré-myringienne ni orifice fistuleux dans le conduit ou dans la région cervicale haute et simulent ainsi parfaitement une néo-formation solide intra-parotidienne.

5.2 Tumeurs malignes

Le diagnostic de malignité est facilement envisagé quand existe déjà une symptomatologie associée faite d'algie et surtout de déficit nerveux, mais l'aspect clinique peut être parfaitement rassurant en imposant pour adénome pléomorphe.

- Les tumeurs épithéliales malignes : les plus fréquentes chez l'enfant sont les tumeurs muco-épidermoïdes, puis viennent les tumeurs à cellules acineuses, et beaucoup plus rarement les carcinomes adénoïdes kystiques et les adénocarcinomes (29, 30).
- Les tumeurs mésenchymateuses : le diagnostic histologique le plus fréquent est celui de rhabdomyosarcome, mais il peut aussi s'agir de lymphome, schwannome malin ou fibro-sarcome.

G. TRAITEMENT DES TUMEURS DE LA PAROTIDE

En termes de tumeur de la parotide, le traitement médical chimiothérapie, physique radiothérapie ou surtout chirurgical correspond davantage à une conduite à tenir que l'on doit suivre au mieux devant une lésion apparemment isolée de la région plutôt qu'au traitement défini d'une pathologie au diagnostic artificiellement pré-établi. A ce sujet il apparaît d'ailleurs préférable comme en pathologie cervicale, celui de tuméfaction de la région parotidienne qui ne préjuge ni de la nature, bénigne ou maligne, glandulaire ou non, ni du pronostic de la lésion.

DIVERS TYPES DE PAROTIDECTOMIE

Schématiquement 6 types d'intervention pourraient être réalisés au niveau du parenchyme parotidien.

BIOPSIE :

Seule la technique de Hosxe est acceptable. Par une incision sous lobulaire, elle est pratiquée au bord postérieur de la glande, en arrière des rameaux mentonniers et cervicaux. Malgré tout, il convient de garder à l'esprit que ce geste est aussi, voire plus dangereux pour le nerf facial que la dissection systématique du tronc et de ses branches concernées et serait générateur d'extension cutanée, de perméation lymphatique et de fistule salivaire(62).

En matière de tumeur, ne peut être concevable, à l'extrême, que la biopsie d'une volumineuse lésion inopérable, ayant souvent déjà entraîné une paralysie faciale, de thérapeutique donc dépassée, afin d'avoir un diagnostic de nature pour décider d'une irradiation, d'une chimiothérapie ou d'un traitement médical palliatif. De même, chez un malade ayant une tuméfaction parotidienne associée à un tableau clinique évocateur d'une éventuelle localisation salivaire d'une maladie systémique, tout particulièrement un lymphome malin, ou bien devant un patient infecté par le VIH est

suspect de présenter une lésion parotidienne maligne, la biopsie est tout à fait justifiée.

Bien que ponctuelle, une telle biopsie fournit un reflet histologique assez fidèle des phénomènes pathologiques affectant l'ensemble des glandes salivaires principales et accessoires. Elle présenterait un triple intérêt :

Diagnostic : en précisant l'étiologie systématique méconnue ou présumée d'une asialie

Pronostic et thérapeutique : en évaluant l'état du parenchyme salivaire, le caractère plus ou moins réversible de ses lésions et les chances d'efficacité de leur traitement

ENUCLEATION :

Il s'agit en fait de la biopsie-exérèse d'une tuméfaction située en plein parenchyme. Même dans les meilleures conditions, elle est en règle insuffisante au traitement, y compris en cas de tumeur bénigne, comme le montre le nombre beaucoup plus important de récurrences constatées dans ces actes limités exclusifs. Une reprise sera alors nécessaire avec souvent une incision cutanée première, tout à fait condamnable sur la tuméfaction. En outre, elle ne met pas à l'abri des complications classiques de la biopsie.

Nous n'accordons à cette méthode aucun crédit, en particulier en cas d'adénome pléomorphe.

RESECTION PARTIELLE :

Elle comporte l'exérèse de tout ou partie de la portion infra-faciale de la glande, parfois de son prolongement masséterin. Surtout, celle-ci est précédée de la dissection des différents filets nerveux avoisinant la lésion après repérage du tronc du nerf.

Ses indications reposent sur deux principes. D'une part, la localisation postérieure ou inférieure de la tumeur ; d'autre part, sa nature histologique, confirmée éventuellement par l'examen extemporané et supposée comme étant :

Un cystadénolymphome papillaire,

Une lésion relevant d'une radio ou d'une chimiothérapie exclusive tel un lymphome malin

Ou enfin, certaines affections ganglionnaires de traitement purement médical comme la tuberculose ou sarcoïdose.

PAROTIDECTOMIE SUPERFICIELLE :

Classique, il s'agit d'une résection strictement limitée à la totalité du parenchyme situé en dehors et en arrière du plan de clivage chirurgical du nerf, c'est-à-dire aux portions latéro et infra-faciales de la glande ne laissant en place que la portion médio-faciale. Elle peut être étendue à l'isthme et en partie à la portion médio-faciale, par une dissection à minima entre les branches de division du nerf ou dans les cas où la tumeur y ferait protrusion.

Pour notre part, elle possède les indications les plus larges, comprenant la plupart des tumeurs développées en deçà du nerf, exo ou sous faciales et les parotidites chroniques.

PAROTIDECTOMIE TOTALE :

L'intervention est, dans ce cas, poursuivie, après dissection de l'ensemble du trajet du nerf intra-parotidien par l'ablation de la portion médio-faciale de la glande. Cependant, d'une part, il est illusoire d'imaginer d'extraire chirurgicalement la totalité du parenchyme glandulaire ; d'autre part, elle expose au dysfonctionnement possible du nerf en phase post-opératoire au moins précoce. Elle peut être radicale lorsqu'elle comporte en tout ou partie un sacrifice facial. Mais le sacrifice complet du nerf n'est pas toujours nécessaire selon que la tumeur, reconnue maligne, est à distance de lui

ou bien l'englobe véritablement, soit au niveau du tronc, soit au niveau d'une branche, le plus souvent cervico-mentonnaire.

Ses indications restent limitées aux tumeurs de l'isthme parotidien, développées dans la portion médio-faciale, malignes ou englobant le tronc du nerf facial.

PAROTIDECTOMIES ELARGIES :

L'exérèse glandulaire, quelle que soit son importance peut être étendue aux structures avoisinantes : peau, muscle ou os.

Une telle chirurgie est rarement pratiquée, si ce n'est dans le cadre des ré interventions avec excision de la cicatrice cutanée première. Elle est en fait réservée aux processus carcinomateux invasifs pour lesquels il est permis d'en espérer un bénéfice, parfois curatif, le plus souvent palliatif.

PAROTIDECTOMIE EXPLORATRICE :

Qu'elles soient partielles ou totales, ces diverses techniques chirurgicales doivent être conçues comme un geste relativement stéréotypé dans un but à la fois diagnostique et thérapeutique sous la forme d'une parotidectomie exploratrice avec examen extemporané. Celle-ci débutera par une incision cutanée classique de parotidectomie, en baïonnette ou en Y, utilisée partiellement ou complètement. En effet, elle seule permet de réaliser l'intervention chirurgicale de façon satisfaisante, avec une exposition correcte de la loge et du carrefour sous-digastrique, par un abord esthétique, sans compromettre la réussite d'une éventuel réintervention, tout en s'adaptant à l'importance de l'exérèse. S'il se confirme à l'exploration per_ opératoire que la tumeur est intra-parotidienne, et avant toute ablation, il faudra mettre parfaitement à jour les attaches musculaires sterno-cléido-mastoïdienne et digastrique et découvrir le tronc et la bifurcation faciale. Pour principe, il sera essentiel simplement que la parotidectomie passe très au large de la tumeur emportant une partie plus ou moins vaste du tissu glandulaire. Les variantes dans les modalités de l'exérèse seront alors fonction des constatations per-opératoire : siège anatomique et aspect macroscopique de la tuméfaction et éventuellement des données de l'examen extemporané(70,1).

H. DEMARCHE CHIRURGICALE

En synthèse, le traitement chirurgical des tumeurs de la glande parotide est conditionné certes par les orientations diagnostiques préopératoires, la nature histologique de la lésion, sa situation dans la glande et l'infiltration éventuelle du nerf facial par la tumeur, mais aussi et surtout par les habitudes opératoires de chacun.

Nous avons apprécié la valeur des multiples examens radiologiques et cytologiques susceptibles de préciser, à juste titre, la localisation et la nature de la tumeur avant l'intervention. Malgré l'apport de ces explorations, il faut, en présence de toute lésion de la région parotidienne, garder à l'esprit que celle-ci pourrait être intra-glandulaire, même bas situé ou chez un sujet jeune, et agir en fonction de cette éventualité par la voie de la parotidectomie exploratrice avec extemporané.

L'intérêt de cet examen anatomo-pathologique extemporané n'est pas admis pour tous. Pour notre part, vu le manque de disponibilité au notre formation reste non fait malheureusement.

Une tumeur intra parotidienne impose de rechercher et essayer de disséquer au mieux le nerf facial. L'attitude à adopter vis-à-vis du tronc et de ses branches dépend d'une part de la nature bénigne ou maligne de la tumeur, d'autre part du caractère technologique possible ou non de la dissection. Ainsi, seul l'examen anatomo-pathologique peut fournir un diagnostic exact de la tumeur et la résection de cette dernière doit idéalement être complète et réalisée sans dommage pour le nerf facial.

Il convient alors de tenir en compte des résultats des investigations diagnostiques pré et per-opératoire et de tenter la dissection complète du tronc du nerf facial et ses branches, toujours si la tumeur est présumée bénigne, mais souvent aussi lorsqu'elle est maligne. Ce n'est que si la tumeur adhère au nerf ou l'envahit que ce dernier doit être sacrifié.

L'acte opératoire minimum, pour l'exérèse d'une tumeur parotidienne exo ou sous faciale est classiquement la parotidectomie superficielle, réalisée d'un seul tenant et passant au large de la lésion. La portion médio-faciale doit évidemment être enlevée si la tumeur y siège ou l'infiltré tant soit peu à la partie antérieure ou dans l'écartement des filets nerveux.

En ce qui concerne l'adénome pléomorphe, son potentiel de récurrence et sa physiopathologie justifient pour la plus part des auteurs une exérèse totale.

En cas de tumeur maligne aussi, la parotidectomie superficielle limitée ou étendue avec conservation si possible de tout ou partie du nerf facial est souvent préférée à la parotidectomie totale ; l'étendue de la résection glandulaire étant basée sur l'importance de l'extension tumorale et le degré de malignité.

Pour ce qui est des tumeurs d'expression para-pharyngée, la difficulté réside dans le choix de la voie d'abord chirurgicale. En effet, développées aux dépens de la portion médio-faciale ou du prolongement pharyngien de la glande, elles occupent les espaces pré ou interstylien. Lorsque la tumeur se manifeste à la fois en région para pharyngée et cervicale, la voie d'abord est externe, cervicale, et la technique celle d'une parotidectomie totale avec dissection du nerf facial. Par contre, devant une tumeur d'expression para-pharyngée seule, l'accès est exclusivement interne, endo buccal, autorisant une énucléation satisfaisante en première intention pour ces lésions en règle bénignes.

Chez des malades ayant subi l'exérèse incomplète d'une tumeur bénigne ou de faible malignité sans qu'un résidu de cette dernière ne soit palpable, il semble licite de patienter moyennant une surveillance rigoureuse clinique et éventuellement échographique. Le ré intervention peut alors être différé, la récurrence n'apparaissant parfois qu'après 10 ou 20 ans et sa localisation exacte pouvant être difficilement prévisible.

I. AUTRE MODES DE TRAITEMENT

EVIDEMENT GANGLIONNAIRE CERVICAL

La nécessité d'un évidement ganglionnaire jugulo-carotidien complet est admis par tous les auteurs en cas d'adénopathie clinique sur cancer salivaire. Cet évidement doit comprendre le contenu de la loge sous-maxillaire en raison du drainage lymphatique de la région parotidienne le long de la veine communicante intra-parotidienne à travers la cloison inter-maxillo-parotidienne vers les ganglions sous-maxillaires(6).

Dans le cas contraire (N0 clinique) une étude histologique systématique du ganglion sous-digastrique détermine pour beaucoup la nécessité du curage. Ce contrôle sous-digastrique a même été proposé en première intention comme partie intégrante de la parotidectomie quelle que soit la nature histologique de la lésion à des fins de complément histologique et de sécurité thérapeutique.

RADIOTHERAPIE

Après chirurgie des cancers de la parotide, le taux de récurrence est souvent important, variable en fonction de l'exérèse et du degré de malignité de la lésion. Bien que la plupart des tumeurs malignes des glandes salivaires et en particulier les carcinomes indifférenciés, épidermoïdes et sur adénome pléomorphe ne soient pas considérés comme radiosensibles, l'irradiation post opératoire pour les cas à haut risque de récurrence, semble augmenter les chances de contrôle de la tumeur(71,72).

Ses indications ne sauraient être étendues à l'ensemble des tumeurs malignes mais plutôt réservées chaque fois que les limites de l'exérèse sont douteuses ou qu'il s'agit d'une forme de haute malignité(71).

A ce sujet si ces multiples études montrant bien que globalement l'irradiation post-opératoire améliore le pronostic des patients ayant une tumeur maligne primitive des glandes salivaires, il est plus délicat de préciser quelles sont les

catégories des malades qui vont réellement en tirer bénéfice et ceux pour qui elle est sans avantage. Ainsi, sur une étude statistique, Armstrong définit 3 groupes pour lesquels la survie et le contrôle loco-régional sont significativement améliorés par l'irradiation post-opératoire :

Lésion de stade III ou IV

Adénopathies métastatiques

Tumeurs de haut grade

Par contre, il n'y a pas d'intérêt évident à irradier à titre systématique les patients ayant une tumeur de stade I ou II surtout si elles sont de faible grade histologique(73).

L'incidence de la radiothérapie sur le nerf facial greffé ou non, est très diversement appréciée, mais ne saurait favoriser en aucune manière la récupération fonctionnelle ; à l'opposé, elle pourrait retarder le stade du sacrifice délibéré du facial en cas d'exérèse incomplète(74).

En cas de contre indication opératoire, le pronostic de ces malades est beaucoup plus sombre, la radiothérapie n'étant souvent administrée qu'à titre palliatif et avec des résultats en règle médiocres. Dans cette situation, la supériorité des neutrons sur la radiothérapie conventionnelle de haute énergie est à présent clairement établie. Ainsi, selon la revue de la littérature présentée récemment par Laramore, le taux de contrôle obtenu est de l'ordre de 30 % par radiothérapie conventionnelle versus 70% par neutronthérapie.

Une indication discutée de la radiothérapie concerne les adénomes pléomorphes. Elle a été proposée soit dans le post-opératoire des tumeurs de première main, soit dans celui des récidives, soit dans les cas de dégénérescence carcinomateuse.

CHIMIOThERAPIE :

Enfin, divers protocoles de mono ou poly chimiothérapie sont proposés dans la traitement des tumeurs malignes des glandes salivaires à des stades avancés. Le plus intéressant d'entre eux semble être, le CAP. Comprenant cyclophosphamide, doxorubicine et cisplatine par voie intra-veineuse ou orale sur 1 à 6 jours toute les 3 à 4 semaines. Si le taux de réponse est loin d'être négligeable : 100% pour Alberts et 46% pour Dreyfuss, celui de rémission clinique complète tombe à 40 et 23% et ce pour une durée extrêmement courte, en moyenne de 5 mois. Cependant il s'agit d'une sélection de cas éminemment défavorable de rattrapage, en récidence loco-régional ou métastatique et donc à visée palliative. Par contre, la chimiothérapie d'induction ou adjuvante dans les cas de lésion maligne avancée mais non encore traitée semble apporter de meilleur résultats, notamment dans la durée de la rémission. Diverses études multicentriques devraient permettre de préciser plus clairement la place de la chimiothérapie dans la carcinologie salivaire.

J. CAS PARTICULIERS

ENFANT

Les indications thérapeutiques chez l'enfant ne sont pas fondamentalement différentes de l'adulte. Par contre les fréquences respectives des divers types anatomopathologiques y sont bien particulières.

L'anatomie de la région parotidienne est ramassée, noyée dans la graisse. Le nerf facial est superficiel chez le nouveau-né en raison du non développement mastoïdien, représentant alors un danger constant pour toute chirurgie cervicale haute. Enfin, la radiothérapie peut être responsable chez le très jeune de troubles du développement osseux du massif facial(1).

L'involution spontanée des hémangiomes est la règle à partir de 2 - 3 ans, justifiant l'abstention thérapeutique recommandée par la majorité des auteurs. Les lymphangiomes à l'inverse n'ont aucune tendance à la régression, mais bien plus s'accroître. la chirurgie peut être alors nécessaire, à visée modulante, en sachant ses difficultés compte-tenu des risques hémorragiques et de la nécessité de respecter les structures anatomiques ayant une importance fonctionnelle ou cosmétique. Les formes kystiques de fistules auriculo-branchiale ne sont reconnues qu'en per-opératoire. Afin de supprimer tout risque de lésion du nerf facial, l'intervention doit consister en une parotidectomie exploratrice avec repérage premier de la structure nerveuse.

L'attitude thérapeutique face à une tumeur épithéliale primitive chez l'enfant est conditionnée par la taille de la tumeur, son siège et surtout son type anatomopathologique. En ce qui concerne l'adénome pléomorphe, on connaît son risque de récurrence d'autant plus important que le sujet est jeune. Comme chez l'adulte, se discute la chirurgie soit superficielle soit totale, mais passant dans tous les cas en zone saine, la simple énucléation exposant bien sur aux échecs locaux (29, 75).

Les tumeurs épithéliales malignes, souci de toutes les incertitudes diagnostiques, imposent une parotidectomie totale avec si possible conservation du nerf facial et une éventuelle vérification ganglionnaire. En cas de dysfonction clinique, un sacrifice partiel ou complet du nerf peut s'avérer nécessaire, alors toujours associé à une réhabilitation dans le même temps.

Enfin, les modalités thérapeutiques des tumeurs mésenchymateuses non à proprement parlé salivaires, demeurent hésitantes entre la chirurgie, superficielle ou totale, la radiothérapie et la chimiothérapie. Malgré le caractère extrêmement agressif de ces rhabdomyosarcomes, une chirurgie d'exérèse complète est discuté en raison de son caractère délabrant chez l'enfant, au profit d'une association radio-chirurgicale, ou de la chimiothérapie est tout aussi efficace.

MATERRIEL ET METHODES

MATERIEL

Le travail que nous détaillons à présent a consisté en une étude rétrospective portant sur la chirurgie des glandes parotides.

A cet effet, nous avons colligé l'ensemble des dossiers, concernés par cette pathologie, originaires de service d'ORL de l'hôpital AL Farabi d'Oujda, sur un période d'observation de 2010 au 2014.

Au moment du diagnostic, tous les patients ont eu un examen ORL complet notamment des aires ganglionnaires, une exploration radiologique de la région parotidienne.

Tous les patients ont bénéficiés d'une exploration chirurgicale de leur tumeur intra parotidienne avec réalisation d'un examen anathomo_pathologique.

METHODES

LES CRITERES DE JUGEMENT

LES VARIABLES

Le recueil des données a été effectué à partir d'une fiche comportant 27 variables Constituant la totalité des critères de jugement. Ceux-ci d'emblée été présentés, classés et codés pour servir de base à un traitement informatique (Annexe I).

L'ensemble de ces informations était obtenu et arrêté aux éléments cliniques, radiologiques, opératoires, cyto-histologiques et évolutifs contenus dans les dossiers hospitaliers de nos services.

Les classifications

En ce qui concerne les classifications tumorales et histologiques nous nous sommes appuyés, à la phase initiale de ce travail, sur les dernières publications en date des organismes internationaux faisant référence. Dans un esprit de synthèse la répartition des diverses tailles de tumeurs, types d'adénopathies ou de métastases a été effectuée, quelque soit le type histologique, selon la 4^{ème} édition de la classification des tumeurs malignes en 1988 par L'U.I.C.C.(union internationale contre le cancer) dans tous les cas il s'agissait de la classification clinique pré thérapeutique (cTNM) applicable à l'ensemble des glandes salivaires et reposant sur l'évaluation des 3 éléments classiques : tumeur, adénopathie, métastase.

T. Tumeur primitive

T_x renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive

T₀ pas de signe clinique de tumeur primitive

T₁ tumeur < ou = 2cm dans sa plus grande dimension

T₂ tumeur dont la plus grande dimension est > 2cm et < ou = 4cm

T₃ tumeur dont la plus grande dimension est $> 4\text{cm}$ et $< \text{ou} = 6\text{ cm}$

T₄ tumeur dont la plus grande dimension est $> 6\text{cm}$

Notes : Toutes les catégories sont subdivisées en :

(a) Pas d'extension locale et (b) avec extension locale. L'extension locale est définie par l'existence d'un envahissement clinique ou macroscopique de la peau, des tissus mous, de l'os ou des nerfs.

Les constatations microscopiques isolées ne sont pas retenues pour définir l'extension locale.

N-Adénopathies régionales

N_x renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux

N₀ pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatique régionaux

N₁ métastase dans un seul ganglion lymphatique homolatéral $< \text{ou} = 3\text{cm}$ dans sa plus grande dimension

N_{2a} métastase unique dans un seul ganglion lymphatique homolatéral $> 3\text{cm}$ et $< \text{ou} = 6\text{ cm}$ dans sa plus grande dimension

N_{2b} métastases ganglionnaires homolatérales multiples. Toutes $< \text{ou} = 6\text{cm}$

N_{2c} métastases bilatérales ou controlatérales $< \text{ou} = 6\text{cm}$

N₃ métastase dans un ganglion lymphatique $> 6\text{cm}$ dans sa plus grande dimension

Notes : les ganglions lymphatiques régionaux sont les ganglions cervicaux

M-métastases à distance

M_x renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance

M₀ pas de métastase à distance

M₁ présence de métastase à distance

RESULTATS

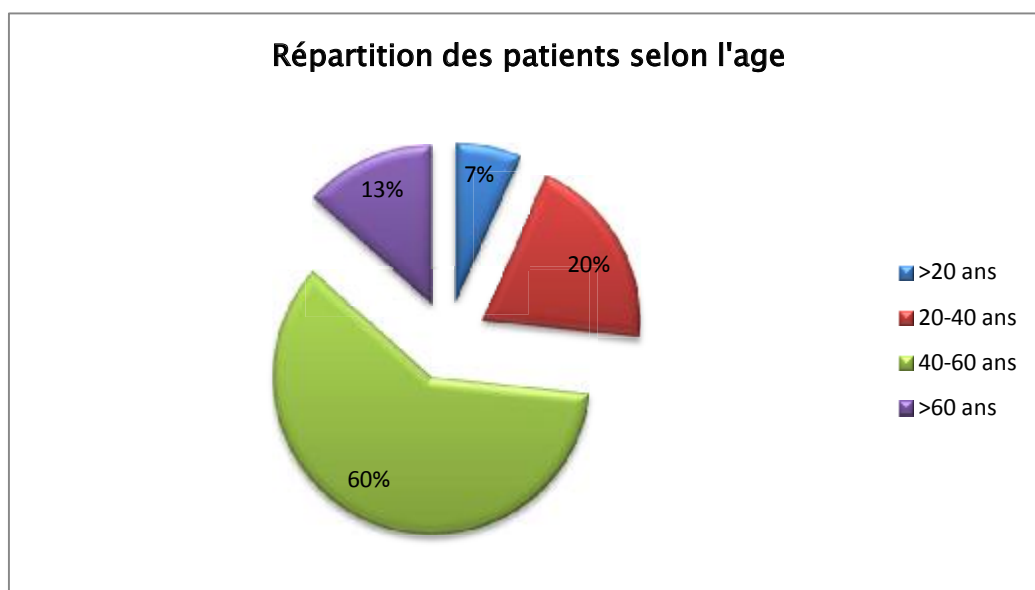
De la totalité des calculs effectués, nous ne présentons ici qu'une sélection des résultats les plus significatifs, essentiels à la description de la série ou d'un intérêt particulier à l'analyse de ce travail.

Caractéristiques de la série

Population

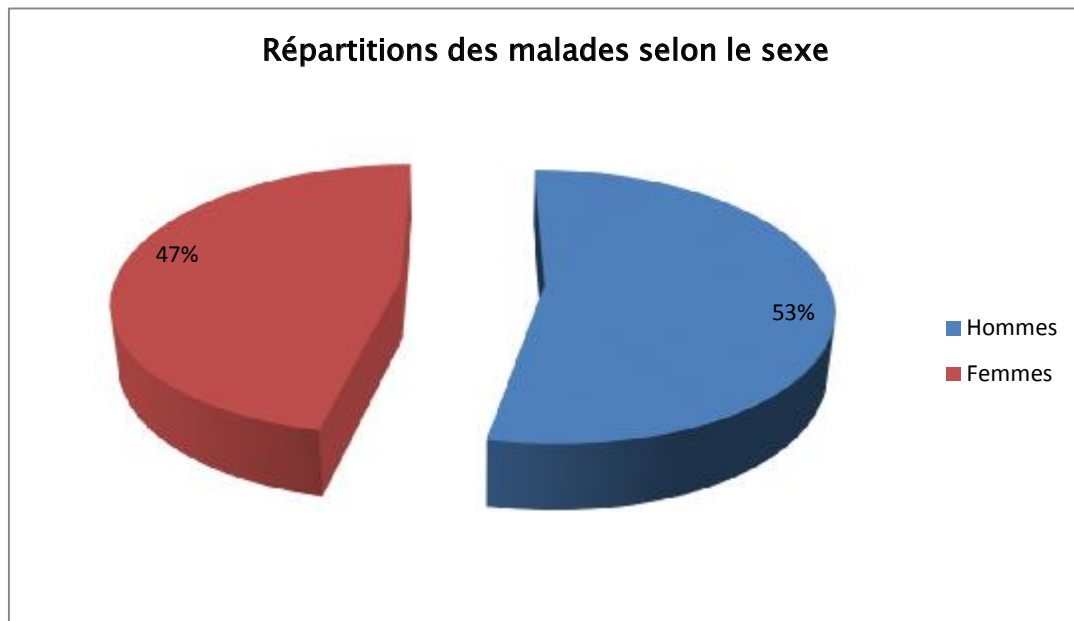
Age

L'âge moyen à la date de l'intervention de ces 15 cas est de 45 ans, pour des extrêmes 18 à 75. Si l'on tient compte du sexe, les Femmes sont de 6 ans plus jeunes que les hommes : 47 ans contre 41 ans.



Sexe

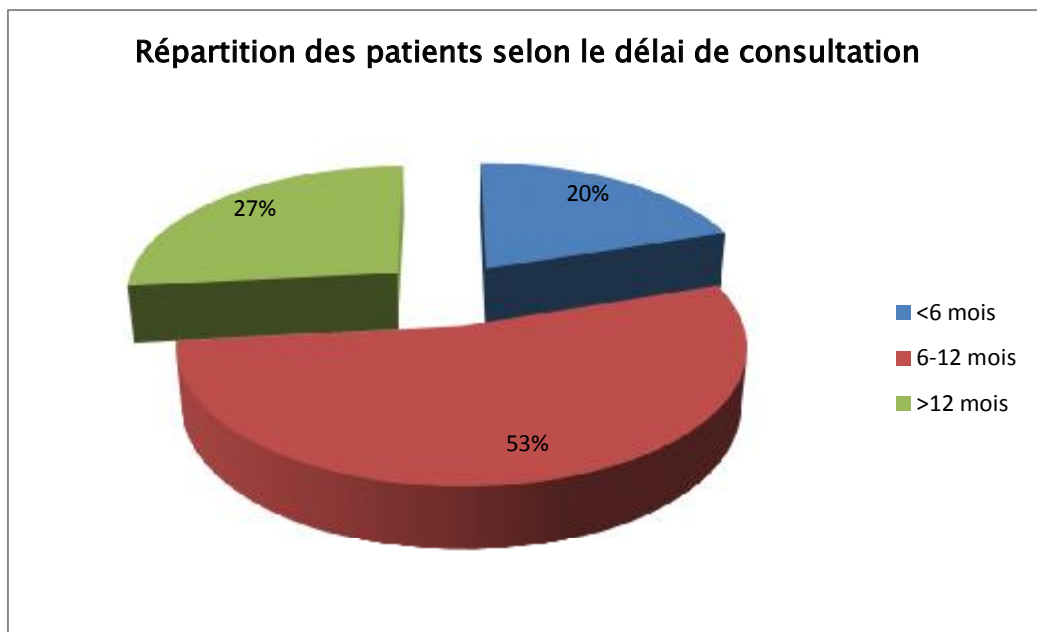
La distribution entre les sexes est de 8 (53,3%) hommes pour 7 (46,7%) femmes.



Caractères préopératoires

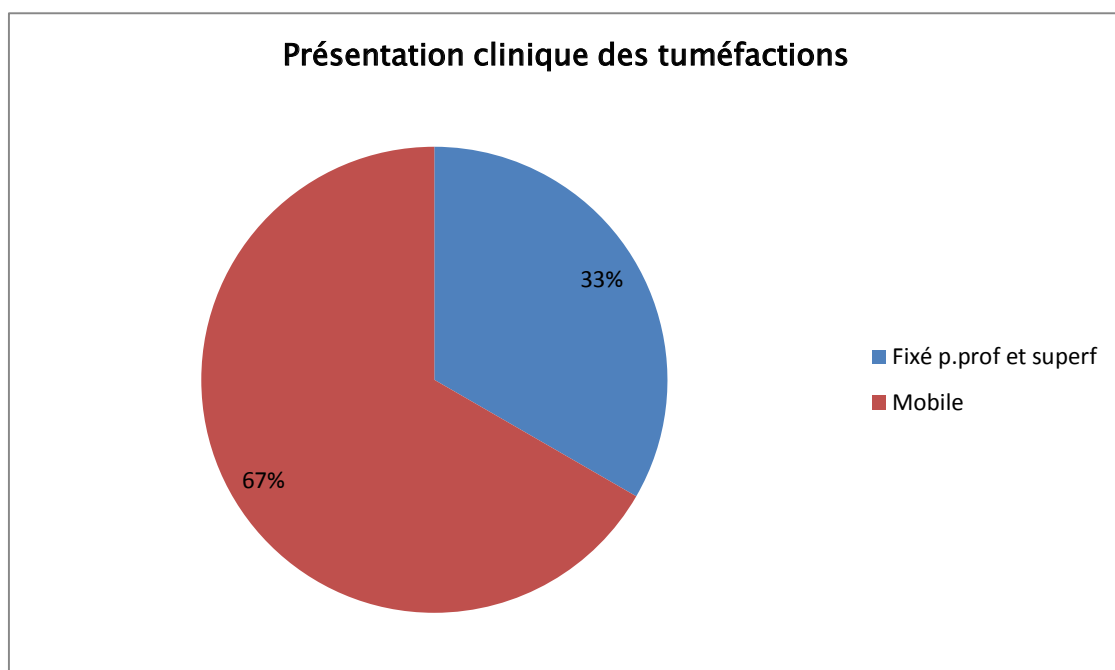
Antécédents

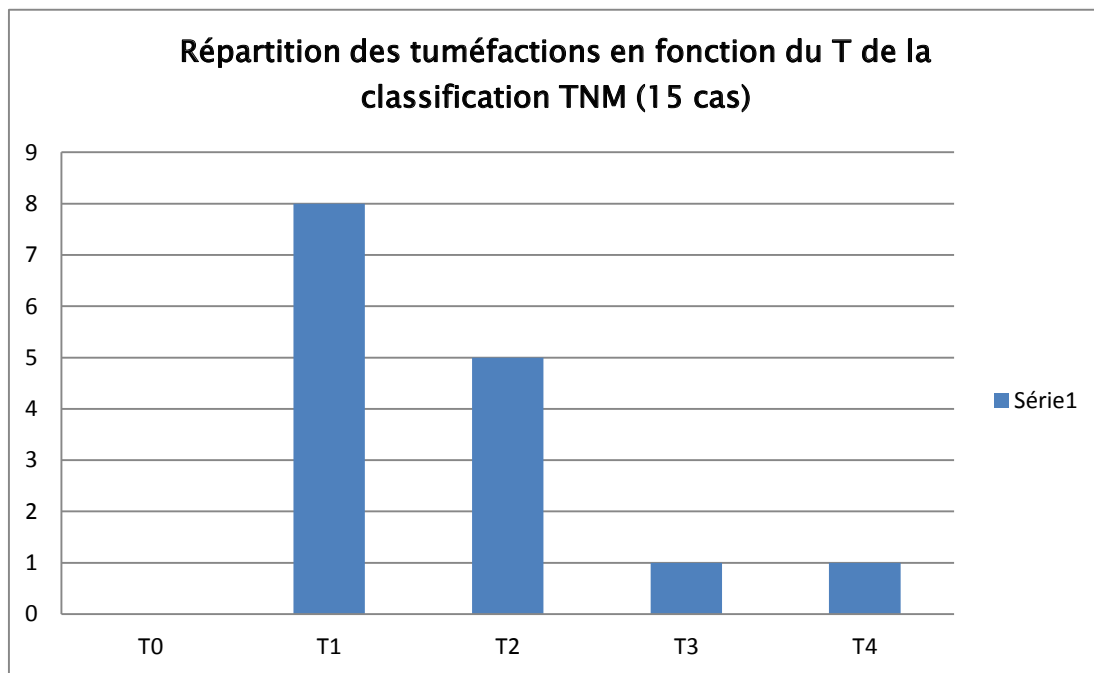
Le délai entre la constatation de la tuméfaction par le malade et l'acte chirurgical est de 1 an en moyen.



PRESENTATION CLINIQUE

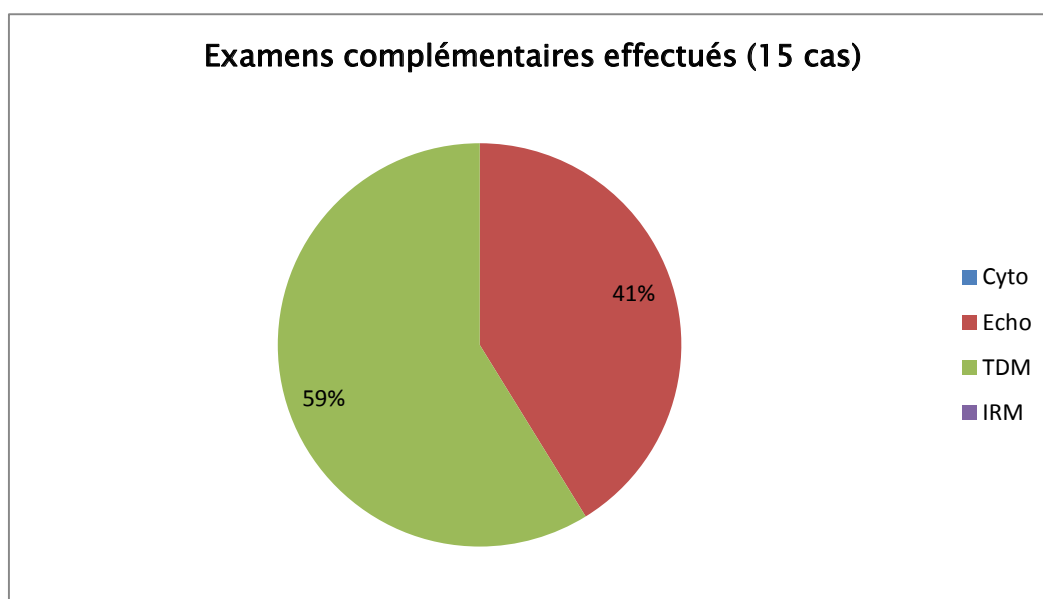
1 patient s'est présenté avec un état général médiocre. Une symptomatologie douloureuse était notée dans 1 cas, 1 patient présentait d'emblée une dysfonction du VII, aucun patient avait une expression oro-pharyngée de leur tumeur cervicale aucun patient ne présentait une tuméfaction bilatérale. La fixation à l'un des plans adjacents retrouvée 3 cas. La taille de la tumeur a été appréciée 12 fois. La figure II représente la répartition des effectifs en fonction de la taille de la tumeur sur le modèle du « T » de la classification TNM tout type histologique confondu. Enfin un 1 cas accompagné d'une ou plusieurs adénopathies cervicales. Un regroupement par stades a été pratiqué pour une seule tumeur suspectée maligne.





Examens complémentaires

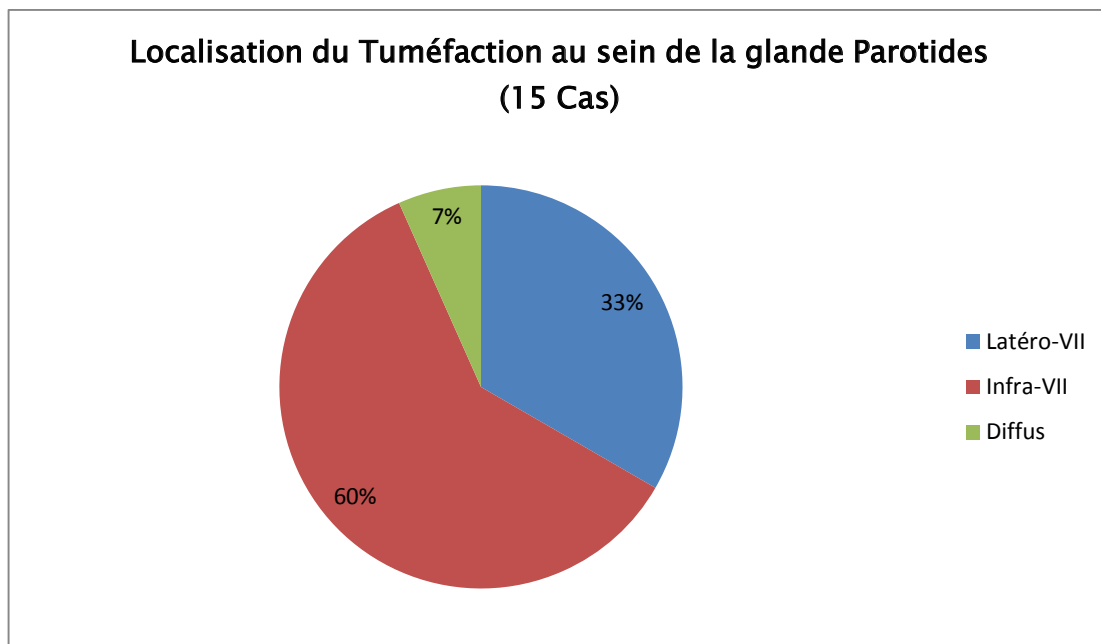
Au total 17 explorations radiologiques ont été effectuées sur 15 parotides et aucune ponction cytologique. Schématisées dans la figure VI.



Chirurgie

Il s'agit de 9 (60%) parotidectomies droit et 6 (40%) gauche. Dont 4 patients ont bénéficiés d'une parotidectomie exo-faciale et 11 d'une parotidectomie totale.

La localisation tumorale exacte a été précisée au vu des constatations opératoires, celles-ci détaillées dans la figure suivante :



Un seul cas où le sacrifice du nerf facial est nécessaire à cause de l'infiltration par la tumeur et les autres cas le nerf a été respecté.

Nous avons associé à la parotidectomie une exérèse ganglionnaire dans un seul cas (curage II, III, IIV).

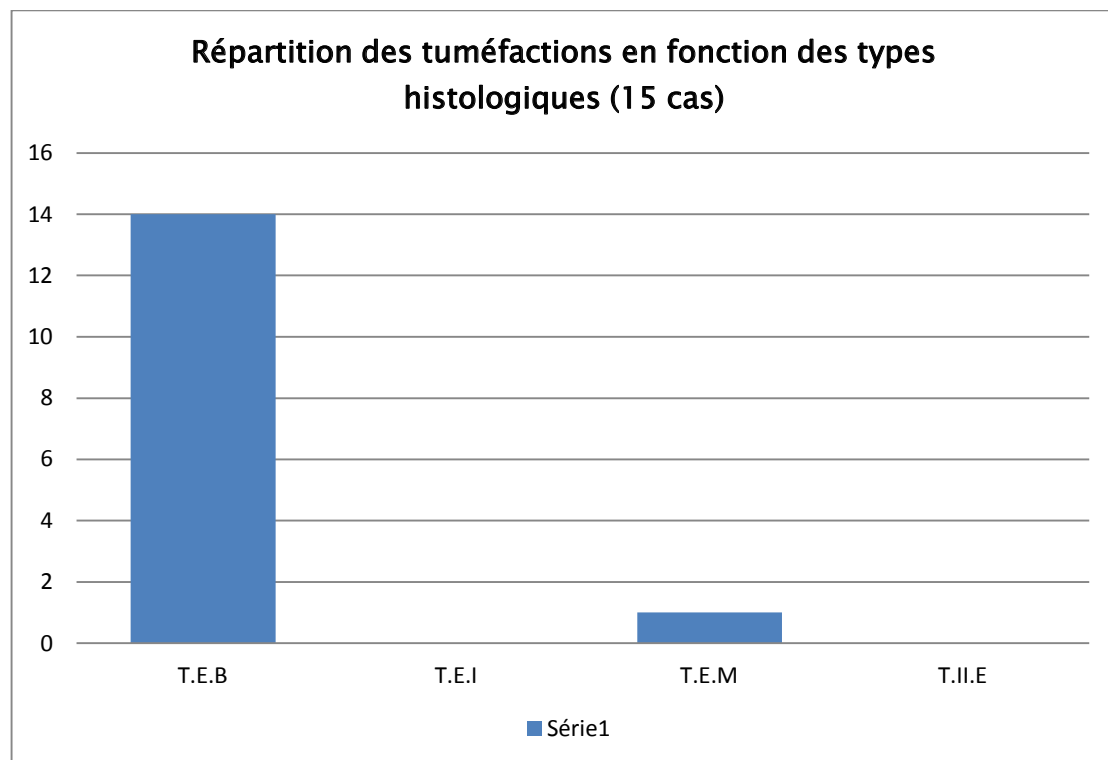
Anatomie pathologique

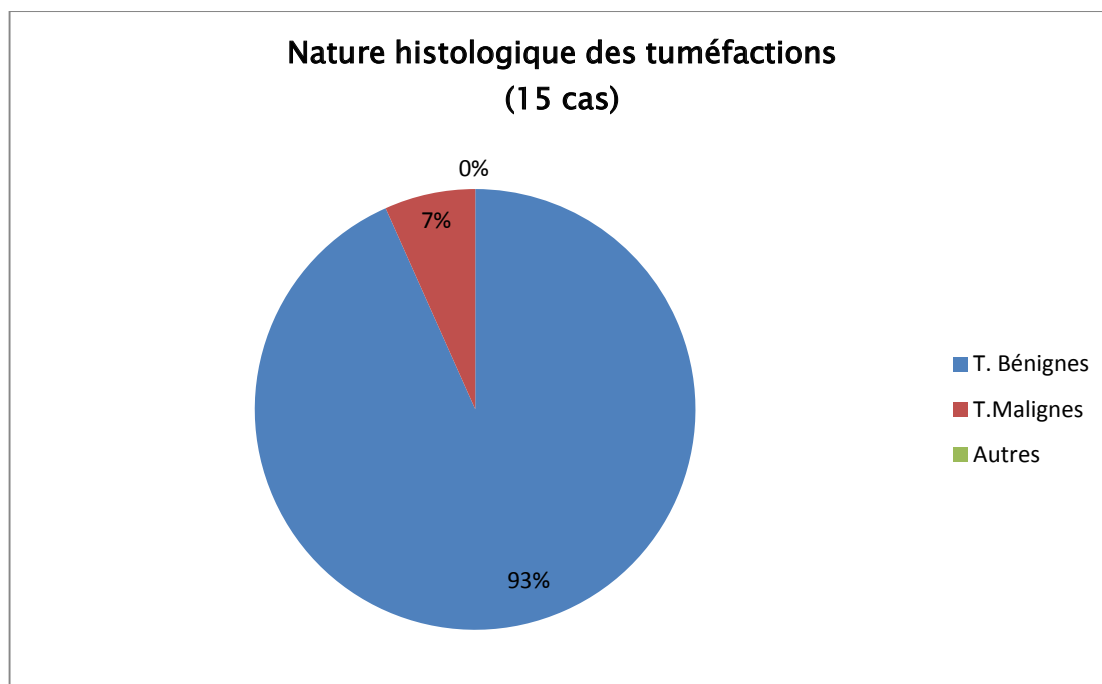
Histologie extemporanée

L'examen extemporané n'est pas disponible à l'Hopital Al Farabi à cause de manque de disponibilité du matériel adapté et d'anapath formé.

Histologie définitive

Les schémas suivant précisent la répartition de ces 15 parotidectomies en fonction du type histologique exact.





Traitement complémentaire

Radiothérapie

Un seul patient a été confié au radiothérapeute ou irradiation externe de la loge parotidienne. déboutée un mois après l'intervention, principalement par du cobalt en 2 champs avec dose moyenne de 46 à 50 GY.

Evolution

La paralysie faciale est la complication la plus fréquente en post-opératoire par dissection du nerf, nous avons constaté un cas de paralysie faciale définitive. Elle est plus marquée et plus durable dans la parotidectomie totale.

Un syndrome de Frey post-parotidectomie n'a été observé que chez 1 malade.

Des troubles de cicatrisations sont apparus dans 1 cas, se manifeste par une infection de la cicatrice ou un lâchage de suture.

DISCUSSION

Hippocrate (460–370 avant J.c.) décrivait déjà les pathologies des glandes Salivaires et particulièrement celles de la parotide. L'intérêt pour la chirurgie parotidienne s'est véritablement développé en Europe à la fin du XVIIIème siècle, en particulier avec **Heister** [76] et **Siebold** [77]. En France, **Duval** et **Redon** [78] en 1932 puis Padovani et Redon en 1938 [79], 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 [80] que cette technique s'est popularisée dans les pays anglosaxons.

I. EPIDEMIOLOGIE :

La pathologie tumorale parotidienne, reste relativement rare, représente 3 % de l'ensemble des tumeurs de la tête et du cou, son incidence est estimée à 4 /100000, avec une répartition quasi équitable entre les deux sexes. L'âge d'apparition se situe entre 50 à 60 ans [81,82, 83, 84]. Les 2 / 3 des tumeurs salivaires sont localisés aux glandes principales dont 90% à la parotide [81, 85, 84–86]. La prévalence hospitalière dans notre série a été estimée à 3.5 % pour une incidence moyenne annuelle de 4 cas. **M. ESSAADI** [87] l'a estimé à 1,37 % de l'ensemble des hospitalisations du service d'ORL de l'hôpital du 20 Août de Casablanca, dans une série de 120 cas en 9 ans, soit une incidence moyenne annuelle de 6 cas. **C. JUNIEN-LAVILLAUIROY** [88] présente une série de 68 cas en 11 ans (de 1967 à 1977) soit une incidence moyenne annuelle de 6 cas.

II. STRATEGIE DIAGNOSTIQUE

L'interrogatoire minutieux permet de préciser la date d'apparition et l'allure évolutive de la tuméfaction, L'examen clinique permet d'apprécier la topographie, la taille et les caractères de cette tuméfaction: consistance dure, élastique ou fluctuante, mobilité ou adhérence aux régions voisines, limitation nette ou non, caractère douloureux [86, 89, 90–91]. Cet examen clinique comporte toujours une étude de la motricité faciale, la palpation des aires ganglionnaires cervico-faciales, et l'examen de L'oropharynx. Les principaux pièges de diagnostic doivent systématiquement éliminer :

- ✓ L'hypertrophie de l'apophyse transverse de l'atlas.
- ✓ L'hypertrophie des masséters ou une tumeur du masséter.
- ✓ une tumeur de la branche montante de la mandibule.
- ✓ Des adénopathies cervicales hautes.

La présentation clinique la plus commune d'une tumeur de la parotide est une masse souvent asymptomatique, située en avant et / ou en dessous du lobule de l'oreille, pouvant combler le sillon rétro mandibulaire.

Parfois, la présentation clinique peut être trompeuse, lors de localisation dans le lobe profond ou sur le prolongement pharyngé ou cervical de la glande, d'où l'intérêt de l'examen systématique endobuccal par la palpation bi manuelle. Ces tumeurs se révèlent alors par des troubles de la déglutition en rapport avec leur développement vers l'espace sous parotidien antérieur, sous amygdalo-tubaire ou prestylien.

Les tumeurs du prolongement parotidien sous digastrique, exceptionnelles, sont palpables dans l'aire sous digastrique et peuvent simuler une adénopathie.

La paralysie faciale est plus rare et presque synonyme dans tous les cas de tumeurs malignes agressives localement tels les carcinomes adénoïdes kystiques, les

mélanomes [92, 93,94]. Quelques cas de paralysie faciale sur tumeur bénigne sont toutefois rapportés [81,95]. L'examen clinique peut mettre en évidence d'autres signes fortement évocateurs de malignité : des douleurs (qui évoquent un envahissement cutané ou nerveux: nerf auriculo temporal ou branche auriculaire du plexus cervical superficiel), une parésie faciale, une fixité, une croissance rapide ou la présence d'adénopathies. [91, 92, 96,]

En revanche, l'ancienneté d'une tuméfaction et la lenteur de sa croissance ne sont pas garantes de sa bénignité. **Spiro** [94] rapporte 9% de tumeurs malignes évoluant depuis plus de 10 ans lors du diagnostic. Dans **notre série** la durée d'évolution moyenne a été de 1 an 5 mois. Dans une étude faite au **Fès** en 2006 montre un délai d'évolution entre 4 mois et 13ans. **E.M. DIOP** [97] l'estimait à 5,3 ans en 1982 avec des extrêmes de 4 mois et 30 ans. Pour **ESSAADI** [87], le délai moyen de consultation était de 4 ans pour les tumeurs bénignes et 3 ans pour les tumeurs malignes. Précisons toutefois qu'il n'y a pas toujours une corrélation entre la lenteur d'évolution et l'histologie de la tumeur. Nous avons par exemple noté un adénocarcinome ayant évolué pendant 30 ans sous forme d'une tuméfaction parotidienne isolée sans autre manifestation clinique. Ce qui n'est pas un cas isolé

III. EXAMENS COMPLEMENTAIRES.

Sur le plan para clinique nous n'insisterons pas sur les examens d'imagerie médicale. **ESSAADI** [87] à l'instar d'autres auteurs [88, 98, 99] a d'ailleurs bien résumé la situation.

- La sialographie a un intérêt limité dans la pathologie tumorale. Sa sensibilité pour le diagnostic des tumeurs est seulement de 70 %.

- L'échographie a une sensibilité de 100 % pour le diagnostic des tumeurs mais de 80 % seulement pour la différenciation entre tumeur bénigne et tumeur maligne.
- L'IRM est une meilleure résolution par rapport à la TDM est obtenue en raison de la richesse des parotides en tissu adipeux. L'I.R.M. définit le caractère intra ou extra- glandulaire, précise l'atteinte du lobe profond ou de l'espace para pharyngé.
- Par contre la tomodensitométrie est la seule susceptible d'explorer le lobe profond, de faire le bilan d'extension à l'os ou aux tissus mous et aux ganglions cervicaux, et aussi de situer les gros vaisseaux du cou par rapport au nodule tumoral [87].
- La ponction cytologique est diversement appréciée par les auteurs **NETTLE** lui attribue une sensibilité de 80 % et une spécificité de 99 %. **JUNIER-LAVILLAUIROY** [88], une sensibilité de 20%. Mais **KENNEL** et **MARANDAS** cités par **ESSAADI** préconisent son abandon pur et simple à cause des risques de blessure du nerf facial et d'ensemencement du trajet de ponction.

En ce qui nous concerne, devant nos patients indigents pour la plupart, les examens paracliniques sont réduits au strict minimum. En outre la ponction cytologique de même que la biopsie sont bannies de notre pratique.

IV. HISTOPATHOLOGIE

L'examen anatomo-pathologique extemporané fait partie intégrante de la procédure chirurgicale dans les pays bien équipés. Il permet de moduler le traitement chirurgical en per-opératoire. Il fait encore défaut sous les tropiques Mais cet examen comporte des limites. **H. LACCOURREYE** dans son expérience au service d'ORL de l'hôpital LAENNEC de Paris a relevé 20 % d'erreurs pour 147 examens extemporanés

toutes histologies confondues [100]. Par exemple dans 3 cas d'adénome pléomorphe évoqué à l'extemporané, le diagnostic histologique définitif a été:

- ✓ ∴ Tumeur muco-épidermoïde
- ✓ ∴ Tumeur à cellules acineuses
- ✓ ∴ Carcinome sur tumeur mixte

Par ailleurs, l'examen extemporané ne peut préciser l'état du parenchyme restant, surtout dans la portion médio-faciale de la parotide. Et précisément, dans 3 autres cas, **H. LACCOURREYE** [100] a noté, à l'ablation du «lobe» profond, un autre adénome pléomorphe, un cystadénolymphome et un petit carcinome, alors' que l'extemporané avait conclu à un adénome pléomorphe. Mais tout ceci n'enlève en rien à la valeur et à l'intérêt de cet examen.

Dans notre série, les résultats histologiques sont ceux d'examens anatomo-pathologiques de pièce opératoire.

Nous avons remarqué une prédominance des tumeurs épithéliales. 93.3 % (n = 14) des tumeurs épithéliales étaient bénignes alors que les tumeurs malignes représentaient 6.7 % (n = 1). Les tumeurs les plus fréquentes étaient les adénomes pléomorphes (n = 10) soit (66.7%), les cystadénolymphomes (n = 4) soit (26.7 %) et carcinome adénoïde kystique (n = 1) soit (6.4 %). L'étude de **Fès en 2006 sur 45cas** a été montré 51% tumeurs bénignes, 31% tumeurs malignes et 18% autres tumeurs. Ces statistiques rejoignent celles d'**ESSAADI** [87] qui font état de 75 % (n = 90) de tumeurs bénignes contre 25 % (n = 30) de tumeurs malignes. Avec:

- 049 % (n = 59) d'adénome pléomorphe
- 06,6 % (n = 8) de cylindrome
- 06,6 % (n = 8) de carcinome épidermoïde

Ainsi l'adénome pléomorphe représente la tumeur la plus fréquente dans les différentes séries publiées.

48,7 % pour **H. REDON**

73 % pour **P. ANDRE**

56,4 % pour **LEROUX-ROBERT**

44 % pour **GAILLARD** dans la thèse de Grégoire

40 à 70 % pour **THACRAY**

Pour les carcinomes (toutes variétés confondues) les principales statistiques donnent les pourcentages suivants:

15,8 % pour **H. REDON**

18,5 % pour **P. ANDRE**

20 % pour **LEROUX-ROBERT**

14,6 % pour **GAILLARD**

20 % pour **THACRAY**

V. CLASSIFICATION CLINIQUE :

De nombreuses classifications ont été utilisées en clinique pour classer les tumeurs malignes, mais actuellement, il n'existe pas de consensus international concernant l'utilisation d'une seule classification, ce qui rend difficile l'analyse de la littérature et la comparaison entre les séries publiées. La classification TNM de l'UICC de 2002, récemment modifiée, sert le plus souvent de référence (Tableau suivant) et permet une meilleure définition de groupes pronostiques aussi bien pour la taille initiale de la tumeur (T) que pour l'atteinte ganglionnaire (N) et incorpore les données apportées par l'imagerie.

VI. BILAN D'EXTENTION :

En cas de malignité un bilan d'extention est demandé surtout à la recherche de métastase pulmonaire, hépatique, osseuse ou cérébrale. Seules doivent être systématiquement demandées une radiographie pulmonaire de face et de profil et une échographie hépatique. La scintigraphie osseuse ou la TDM cérébrale ne seront demandées qu'en présence de signes d'appel.

VII. BILAN PRE-THERAPEUTIQUE :

Le bilan pré thérapeutique comporte un bilan biologique (numération de la formule sanguine, ionogramme sanguin, bilan hépatique, bilan de la crase sanguine, vitesse de sédimentation). On évalue aussi l'état cardiorespiratoire et l'état nutritionnel.

Tableau IV : Classification TNM UICC 2002(International Union against cancer)

Taille initiale de la tumeur (T)

T_x Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive.

T₁ Tumeur = 2cm dans son plus grand diamètre sans extension macroscopique extra parenchymateuse (peau, tissus mous, os, nerf).

T₂ >2 cm et =4 cm dans son plus grand diamètre sans extension macroscopique extra parenchymateuse (peau, tissus mous, os, nerf).

T₃ T >4 cm avec extension extra parenchymateuse (sans atteinte des structures listées en T4 et sans atteinte microscopique uniquement)

T_{4A} Tumeur avec atteinte de la peau, de la mandibule, du conduit auditif externe ou du VII.

T_{4B} Tumeur envahissant la base du crâne, la ptérygoïde ou la carotide.

Adénopathies (N)

N₀ Pas de signe d'atteinte des ganglions régionaux

N₁ Adénopathie métastatique unique homolatérale, = à 3 cm dans sa plus grande dimension

N_{2a} Adénopathie métastatique unique homo latérale, > 3 cm et = à 6cm dans sa plus grande dimension.

N_{2b} Adénopathies métastatiques multiples homolatérales, toutes =à 6 cm

N_{2c} Adénopathies métastatiques bi ou contro-latérales = à 6 cm

N₃ ADP métastatique >6cm dans sa plus grande dimension

Métastases (M)

M₀ pas de métastase

M₁ Présence de métastase

VIII. TRAITEMENT**CHIRURGIE**

L'unanimité s'est faite autour du principe que la parotidectomie est indispensable devant toute tumeur parotidienne dans un but diagnostique et thérapeutique. Par contre, l'indication de la parotidectomie partielle est discutée par rapport à la parotidectomie totale conservatrice proposée par **Henri REDON**.

Dans notre série, la parotidectomie totale conservant le nerf facial associée ou non à un curage ganglionnaire a été le procédé chirurgical le plus utilisé. Sur 15 malades opérés, 11 parotidectomies totales conservatrices (soit 73. 3 %) ont été effectuées contre 4 parotidectomies partielles (soit 26.7 %). Dans ces 4 cas, il a été suspecté pour la plupart un

cystadénolymphome papillaire devant une tuméfaction développée aux dépens du pôle supérieur de la parotide justifiable d'une parotidectomie partielle car ne récidivant pratiquement jamais.

D'ailleurs, pour **C. JUNIEN-LAVILLAUIROY** [88], la parotidectomie du lobe superficiel ne peut se concevoir que pour les adénolymphomes et les tumeurs bénignes autres que l'adénome pléomorphe après examen extemporané. Pour **P. MARANDAS** [101] à l'Institut Gustave Roussy (IGR), la parotidectomie superficielle est utilisée dans les tumeurs bénignes et réservée aux tumeurs de taille < 4 cm de première main du lobe superficiel avec examen histologique extemporané. Mais nous pensons que c'est une attitude qui ne devrait pas s'appliquer aux adénomes pléomorphes, car elle expose au risque de poursuite évolutive ou de récurrence en cas de nodule du lobe profond (théorie de plurifocalité), notamment quand la surveillance du patient est aléatoire.

La parotidectomie totale reste indiquée dans tous les cas de tumeurs bénignes localisées au lobe profond, récidivantes, chaque fois que la limite entre la tumeur et la parenchyme sain n'est pas nette, et aussi dans les tumeurs malignes sans atteinte du nerf facial.

La parotidectomie totale conservatrice représente la technique la plus utilisée dans la majorité des séries:

- 56,5 % pour **ESSAADI** [87]
- 53,84 % pour **C. JUNIEN-LAVILLAUIROY** [88]
- 51 % pour **P. MARANDAS** [in 87]
- 58 % pour **J. KAN** [in 87]

L'attitude vis-à-vis du nerf facial est discutée, mais la plupart des auteurs sont actuellement d'accord sur la préservation du nerf autant que possible. En effet, son sacrifice n'apporte que peu de sécurité carcinologique.

LA RADIOTHERAPIE

Les indications de la radiothérapie externe (RTE) pré-opératoire sont encore discutées. Pour **J.B. BELLOC** et **F. CORCIONE** [in 87], elle est inutile et n'améliore pas le pronostic, alors que pour **BALL** [IN 87], elle est indiquée dans les tumeurs volumineuses afin de réduire leur volume et faciliter leur résection. Certains auteurs [] préconisent la radiothérapie systématique en post-opératoire dès que la nature maligne est confirmée à l'histologie. Dans la série de **PIEDBOIS** [IN 87], le taux de récurrence est passé de 43% à 12 % ; dans celle de **MARANDAS** [in 87] elle est passée de 39 % à 12,5 0/0.

Dans notre série, le patient à l'histologie maligne a été orienté en RTE complémentaire. Il n'y a pas eu malheureusement de « feed-back », ce patient ayant été perdu de vue. Aucune trace n'a été retrouvée dans les dossiers du service d'ORL.

IX. EVOLUTION :

Comme la récurrence est toujours à plus ou moins brève échéance, l'une des complications chirurgicales, nous avons volontairement rassemblé ces deux notions (récurrences et complications) dans un même chapitre.

- ✓ **La paralysie faciale:** c'est la complication post-opératoire la plus fréquente. Elle peut être immédiate ou retardée, complète ou partielle, intéressant une ou plusieurs branches nerveuses, temporaire ou définitive. Elle est plus marquée, plus durable, dans les parotidectomies totales variant de 15 à 75 % [81, 95, 102,103] alors qu'elle est estimée entre 0 et 16 % dans les parotidectomies exo-faciale [95, 104). Le mécanisme de la lésion peut être un simple étirement, un écrasement ou une section, partielle ou complète. Le siège de la lésion se situe rarement sur le tronc, mais le plus souvent sur

les fines branches de division. Parfois, il n'y a pas d'autre alternative que de sectionner le nerf facial, pour des raisons carcinologiques.

- ✓ **Le syndrome de Frey** : également appelé syndrome auriculo temporal, il associe un érythème cervico-facial, une hyperhydrose, se produisant lors de l'alimentation. Son intensité est variable, allant de la simple congestion au ruissellement de toute la région temporo-parotidienne. Sa fréquence est diversement appréciée variant de 10 à 40 % selon les statistiques [105,106].

CANNONI [32] estime même son apparition quasiment obligatoire après une parotidectomie totale, mais entraîne réellement une gêne sociale dans 3 à 15 % des cas. Les nombreuses modalités de traitement décrites pour soulager les patients témoignent des difficultés et des limites rencontrées. Les anticholinergiques locaux ont un taux de succès de 60 à 70 %, mais la durée d'action ne dure que 48 heures et les effets secondaires limitent leur emploi. L'excision cutanée avec greffe dermo-epidermique et l'interposition sous-cutanée de divers matériaux (graisse autologue, fascia lata, fascia temporalis, collagène) ont été proposées, mais aucun objectif à long terme n'a été publié [91,106]. Diverses interventions, aux résultats inconstants, ont aussi été proposées : section du nerf auriculo temporal, section du nerf de Jacobson, section de la corde du tympan. Plus récemment, l'injection cutanée de neurotoxine botulique de type A, proposée par certaines équipes, reste le traitement de première intention du syndrome de Frey invalidant post-parotidectomie [106].

- ✓ **L'hématome post-opératoire**: il peut apparaître dans les suites précoces pouvant nécessiter une reprise chirurgicale d'hémostase. Parfois, il se constitue lentement et son évacuation s'effectuera en consultation. Le risque de laisser un tel hématome est la surinfection secondaire, source de désunion de suture, de fistule salivaire [107, 108,].

- ✓ **Troubles de cicatrisation** : il apparaît parfois une désunion cutanée de la région sous lobulaire ou au niveau de la jonction entre le 2ème et le 3ème segment de l'incision cutanée. De même, la survenue d'une cicatrice chéloïde est possible au même endroit [81,107].
- ✓ **L'hypoesthésie du lobule d'oreille** est fréquemment observée au début, s'atténuant en quelques mois.
- ✓ **Les récurrences** : Plusieurs hypothèses, ont été émises pour expliquer ces récurrences.
 - La théorie de la multifocalité : retenue depuis les travaux de DELARUE [109] en 1956. Un ou plusieurs nodules tumoraux présents à distance de la masse principale seraient laissés en place après chirurgie partielle. La fréquence semble très peu importante, de l'ordre de 0 à 2 %, et l'idée de la plurifocalité est actuellement abandonnée et contestée [89, 110, 111,112].
 - La théorie de la multinodularité : En effet, la surface de l'adénome pléomorphe est irrégulière envoyant des pseudopodes reliés au tissu tumoral donnant parfois l'aspect de tumeur polylobée. Il existe une croissance de tissu tumoral et donc de cellules myoépithéliales [110–113] à travers la pseudo capsule, correspondant à un aspect morphologique dendritique.
 - La théorie de l'essaimage cellulaire par ouverture tumorale lors de l'intervention [81, 108]. Cette idée, n'est pas actuellement admise de tous et se voit contestée [110,114].
 - La prédominance cellulaire et la présence d'un stroma chondromyxoïde abondant [110].

- Le jeune âge des patients [109,110] : mais cette caractéristique semble être liée au fait que les sujets jeunes ont davantage d'années devant eux pour développer une nouvelle tumeur.

Il n'existe pas de différence de délai d'apparition de la récurrence selon que le traitement initial a consisté en une énucléation, une parotidectomie superficielle ou totale [114,115]. Mais les auteurs s'accordent à dire qu'elles apparaissent bien au-delà de 10 ans d'évolution [81, 110,111]. L'IRM semble être l'examen à demander devant la suspicion de récurrence [110]. Le traitement des récurrences est chirurgical [110, 115,116]. L'intervention est rendue délicate et généralement considérée comme dangereuse pour le nerf facial par la disparition des plans anatomiques, la modification des points de repère classiques et surtout par la présence de tissu de cicatrisation engainant le nerf facial [115,116]. Le décollement cutané doit être extrêmement prudent, car les branches du nerf facial adhèrent au lambeau. La découverte du tronc du nerf facial doit rester la première préoccupation, en s'aidant au besoin de la résection de la pointe de la mastoïde. Après parotidectomie totale conservatrice, tous les temps de la reprise chirurgicale deviennent difficiles : la levée du lambeau, l'ablation de la tumeur, mais surtout le repérage et la dissection du nerf facial. FROELICH [115] n'identifie le tronc que dans 30 % des reprises. L'utilisation du stimulateur nerveux ou du microscope s'avère d'un grand secours. La dissection rétrograde du nerf facial à partir de l'une de ses branches, en général la temporo-faciale, est une technique intéressante mais également délicate [110,114]. Il semble donc que le taux de récurrences après parotidectomie totale ne soit pas très différent de celui observé après parotidectomie exo-faciale [115,116].

X. LES FACTEURS PRONOSTIQUES

Plusieurs facteurs peuvent influencer le pronostic des cancers [89, 91, 117] :

1. **Le stade TNM:** C'est un élément pronostique capital au sein duquel on distingue trois facteurs pronostiques indépendants: la taille initiale de la tumeur (T), l'atteinte ganglionnaire (N), l'existence de métastases à distance (M). Les métastases ganglionnaires sont un facteur pronostique de contrôle locorégional et de survie. Il existe une forte corrélation entre la présence d'un envahissement ganglionnaire et la survenue de métastases à distance, en particulier chez les patients classés N3a [89,118].
2. **Le type histologique ;** Présente clairement un impact sur le devenir clinique avec un pronostic plus défavorable pour les tumeurs à forte malignité [89, 117, 118,].
3. **Age ;** Le pronostic serait meilleur chez un sujet jeune après ajustement sur le stade. L'état général et la perte de poids lors du diagnostic seraient plutôt liés à la tolérance au traitement et au risque de complications [119].
4. **La paralysie faciale préopératoire ;** L'atteinte du nerf facial présente un impact majeur sur la probabilité de contrôle local et la survie globale, qu'il y ait ou non une association avec un envahissement extra glandulaire [117,119].

CONCLUSION

Les tumeurs parotidiennes sont des lésions bénignes ou malignes, primitives ou secondaires développées aux dépens des éléments de la glande parotide. Ces tumeurs caractérisées par leur grande diversité histologique, sont de diagnostic facile et sont justiciables en principe, d'un traitement chirurgical associé ou non à la radiothérapie dans les lésions malignes. Nous avons voulu, à la lumière des résultats de notre pratique au niveau du service d'ORL du CHP Al Farabi d'Oujda, comparés aux données de la littérature. Pour ce faire, nous avons colligé 15 dossiers de sujets hospitalisés pour tumeur parotidienne de 1 janvier 2011 à Décembre 2014 au service d'ORL du CHP Al Farabi d'Oujda.

Nous avons ainsi estimé à 3,5 % la prévalence hospitalière des tumeurs parotidiennes, pour une incidence moyenne annuelle de 4 cas. Nos patients étaient d'origines diverses. Tous les âges ont été représentés avec une moyenne à 45 ans et des extrêmes de 18 ans et 75 ans. Nous avons noté une relative prédominance masculine 53. 3 % contre 46.7.

Sur le plan clinique, la plupart de nos patients sont venus consulter pour une tumeur parotidienne isolée ayant évolué en moyenne pendant 1 an avec des extrêmes de 4 mois et 10 ans.

La taille des tumeurs était généralement modérée avec un diamètre moyen de 2.5 cm.

L'échographie parotidienne qui n'a pas été systématiquement demandée, a permis de confirmer la réalité de la tumeur parotidienne avec une orientation mitigée par rapport à la nature bénigne ou maligne. Dans cette pathologie, nous sommes partisans de la proscription de la ponction cytologique et de la biopsie, eu égard aux risques de lésion du nerf facial et d'ensemencement en cas de tumeur maligne. Sur le plan histologique, nos résultats sont en accord avec ceux publiés antérieurement dans le service et avec les données de la littérature caractérisée par une plus grande

fréquence des adénomes pléomorphes. Sur 15 résultats histologiques, nous avons noté 100% de tumeurs épithéliales. Parmi les tumeurs épithéliales, les adénomes pléomorphes 66.7 % (n = 10), les cystadénolymphomes 26.7 % (n = 4) et un seul cas de carcinome adénoïde kystique.

Sur le plan thérapeutique, deux attitudes chirurgicales s'opposent depuis fort longtemps, à savoir la parotidectomie partielle ou superficielle et la parotidectomie totale conservatrice du nerf facial. En l'absence d'examen anatomopathologique extemporané et devant les incertitudes du diagnostic pré-opératoire, l'attitude chirurgicale du service est, depuis plus d'une vingtaine d'années, d'être d'emblée « maximaliste » avec dans notre série 73.3 % de parotidectomie totale conservatrice et un seul cas de parotidectomie totale non conservatrice.

Les patients à l'histologie maligne orientés en RTE complémentaire ont été perdus de vue et n'ont pas laissé de traces.

Les complications postopératoires ont été dans l'ensemble peu importantes et conformes aux données de la littérature. La chirurgie parotidienne est peu léthale. Les décès notés (4,58 %) ont été pour la plupart, dus à des tares viscérales pré-existantes ou à l'évolution naturelle de la tumeur.

Nos résultats nous ont amenés à conclure au bien fondé de la parotidectomie totale conservatrice devant toute tumeur parotidienne avérée du fait de :

- L'absence d'examen histologique extemporané indispensable à l'heure actuelle pour une modification de l'attitude chirurgicale en per-opératoire.
- La plurifocalité tumorale qui n'est pas rare et qui est une réalité.
- La difficile surveillance post-opératoire tardive: la plupart des patients disparaissant après deux ou trois rendez-vous de contrôle.
- Des risques pour le nerf facial et des difficultés techniques opératoires dans les poursuites évolutives, récidives ou cancer sur parotide restante.

- Du prix de la RTE complémentaire, pour nos patients en majorité de faible niveau socioéconomique.

La prise en charge des tumeurs parotidiennes serait grandement améliorée avec :

- Un rééquipement moderne du laboratoire d'anatomie pathologique avec à terme l'introduction de l'examen histologique extemporané dans nos mœurs chirurgicales.
- L'information et l'éducation des populations et du personnel de santé par rapport à la nécessité d'orienter les patients porteurs de tuméfaction de la région parotidienne vers les services d'ORL et de chirurgie cervico-faciale.
- La multiplication des centres de prise en charge des patients porteurs de tumeur de la parotide et donc de la formation de spécialistes.

RESUME

RESUME

Les tumeurs des glandes salivaires sont rares, dominées en fréquence par les tumeurs parotidiennes. Elles sont caractérisées par une grande hétérogénéité morpho-histologique.

But :

notre objectif est de faire le point sur ce sujet à partir de notre série et des données de la littérature.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 15 patients. La série a été colligée sur une période de 4 ans, allant de 2011 à 2014, au service d'ORL A l'Hôpital Al Farabi d'Oujda. Il s'agit de 14 tumeurs bénignes et une seule maligne. L'âge moyen des patients est de 45 ans. La tuméfaction rétro-mandibulaire a été le signe clinique partagé par tous les malades. La malignité est évoquée devant la douleur et l'atteinte faciale. L'adénome pléomorphe domine de loin les tumeurs bénignes alors que les lésions malignes sont dominées par le carcinome adénoïde kystique. Le traitement a consisté en une parotidectomie exo-faciale dans 26.6 % des cas, et une totale dans 73.4% des cas. Néanmoins, la complication majeure de cette chirurgie reste la paralysie faciale.

Conclusion :

La pathologie tumorale de la glande parotide pose beaucoup de problèmes diagnostique et thérapeutique.

ABSTRACT

The salivary gland tumors are rare, dominated by the frequency parotid tumors. They are characterized by a large morpho-histological heterogeneity.

Purpose:

Our goal is to provide an update on this topic from our series and the literature data.

Patients and methods:

This is a retrospective study of 15 patients. The series was gathered over a period of 4 years, from 2011 to 2014 at ORL department A Al Farabi Hospital of Oujda. It is about 14 minor tumors and one cever tumors. The medium age of patients is of 45 years. The retro-mandibular swelling was the clinical signs shared by all patients. Malignancy is suspected in pain and facial involvement. The pleomorphic adenoma dominates by far benign tumors, while malignant lesions are dominated by the muco-epidermoid carcinoma. The treatment consisted of an exo-facial parotidectomy in 26.6% of cases, and a total in 73.4% of cases. Nevertheless, the major complication of this surgery remains facial paralysis.

Conclusion:

Tumor of the parotid gland pathology raises many diagnostic and therapeutic problems.

الملخص

الأمراض الورمية الغدية تعتبر نادرة وأكثرها أورام الغدة النكفية وتتصف بأنها متعددة الاشكال.

الهدف من هذا العمل هو تسليط الضوء على هذا المرض انطلاقاً من المعطيات والمؤلفات المتوفرة.

استندنا في هذا البحث علي دراسة ل 15 حالة ورمية الغدة النكفية بمصلحة طب الأنف والأذن والحنجرة بمستشفى الفارابي بوجدة ما بين سنة 2011 _ 2014, ويتعلق الأمر ب 14 حالة ورمية حميدة وحالة ورمية خبيثة , في حين أن معدل عمر المصابين مقدر ب 45 سنة وكل الحالات تشترك في تكون ورم خلف الفك السفلي .
تعتبر الحالة خبيثة إذا كان المريض يعاني من آلام مع اصابات عصبية خاصة آلام العصب الوجهي.

من %العلاج يتمثل في استئصال الجزء السطحي للغدة النكفية عند 26.6 المرضى
, بينما استئصال كامل للغدة عند 73.4 في المائة من المرضى , أغلب الحوادث من وراء العملية متمثلة في اصابة العصب الوجهي
وفي النهاية أورام الغدة النكفية تطرح العديد من المشاكل من الناحية التشخيصية ومن ناحية العلاج

RÉFÉRENCES

(Système alphabétique-numérique, recommandations de **Vancouver**)

- 1– **GAILLARD J., GANDON J, LAUDENBACH P et al.**
Pathologie médical et chirurgical de la région parotidienne.
Paris : Librairie Arnette, 1981 : 261
- 2– **LAUDENBACH P.**
Glandes salivaires. Notions fondamentales et exploration.
Encyclopédie Médico-chirurgicale Stomatologie 1987 ; 22057 A10 : 16.
- 3– **BROCHERIOU C.**
Les tumeurs des glandes salivaires
In : Nezelof c, etc.
Nouvelles acquisitions en pathologie.
Paris : Hermann, 1983 : 232–68
- 4– **De BRUX J, LEROUX-ROBERT J.**
Rôle de la cellule myoépithéliale dans l'histogénèse des tumeurs de parotide.
In : Lacomme Y, Leroux Robert J, eds.
Tumeurs des glandes salivaires.
Paris : Masson, 1990 : 14–9.
- 5– **PARRETS J, COUDERT JL.**
Physiologie de la sécrétion salivaire.
Encyclopédie Médico-chirurgicale Stomatologie 1982 ; 22008 A05 : 10.
- 6– **LALLEMANT JG, CHARLIN B, GUERRIER Y.**
Anatomie chirurgicale de la parotide.
Les cahiers d'O.R.L. de chirurgie cervico-faciale et d'audiophonologie
1984 ; 19 : 883–98.
- 7– **ROUVIERE H, DELMAS A.**
Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle, Tome 1, Tête et cou. 11^{ème} ed.
Paris : Masson, 1978 : 608.

8- CONLEY J.

Search for an identification of the facial nerve.

Laryngoscope 1978 ; 88 : 172-5.

9- LACOMME Y.

Branches terminales intraprotidiennes du nerf facial.

Revue de Médecine de Toulouse 1980 ; 16 : 167-71.

10- GUERRIER Y.

Chirurgie des glandes salivaires.

In : Guerrier Y, Gaillard J, Guerrier B, et al, eds

Paris : Masson, 1988 : 199-249.

11- BATSAKIS JG,

Parotid gland and its lymph nodes as metastatic site.

Ann Otol Rhinol Laryngol 1983 ; 92 : 209-10.

12- CONLEY J, ARENA S.

Parotid gland as focus of metastasis.

Arch Surg 1963 ; 87 : 754-7.

13- LOPEZ CEDRUN JL, AGUIRRE URIZAR JM, MARTINEZ CONDE LLAMOSAS R, PRIETA RODRIGUEZ A.

Melanome métastatique de la parotide. A propos de 5 cas.

Rev Stomatol Chir Maxillofac 1988 ; 89 : 44-8.

14- TESTUL L, LATARJET A.

Traité d'anatomie humaine, Tome 4, Appareil de la digestion. 9^{ème} ed.

Paris : Doin et compagnie, 1949 : 754.

15- LE CLECH G, LE GLAND C, RIVRON A, DEMOULIN PY, MARECHAL V, BOURDINIERE J,

Tumeurs parotidiennes secondaires.

In : Lacomme Y, Leroux Robert J, eds.

Tumeurs des glandes salivaires.

Paris : Masson, 1990 : 156-60.

16– MONTEIL JP.

Physiologie des glandes salivaires.

In : Uziel A, Guerrier Y, eds.

Physiologie des voies aéro–digestives supérieures.

Paris : Masson, 1984 : 59–81.

17– LAUDENBACH P.

Glandes salivaires. Pathologie.

Encyclopédie Médico–Chirurgicale Stomatologie 1987 ; 22057 C10 : 22

18– THACKRAY A.C., SOBIN L.H.

Types histologique des tumeurs des glandes salivaires.

Genève : Organisation Mondiale de la santé, 1972 : 29.

19– SEIFERT G, BROCHERIOU C, CARDESSA A, EVESON JW.

WHO international histological classification of tumours. Tentative histological classification of salivary gland tumours.

Pathol Res Pract 1990 ; 18 : 555–81.

20– CHOMETTE G, AURIOL M.

Hispopatologie buccale et cervico–faciale.

Paris : Masson 1986 : 186–247.

21– CONLEY J, CLAIRMONT AA.

Facial nerve in recurrent benign pleomorphic adenoma.

Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1979 ; 105 : 249–51.

22– ENEROTH CM.

Salivary gland tumors in the parotid gland, submandibular gland, and the palate region.

Cancer 1971 ; 27 : 1415–18.

23– THACKRAY A.C., LUCAS R.B.,

Tumors of the major salivary glands.

Washington D.C. : Armed Forces Institut of Pathology, 1974 : 144.

24- GEHANNO P, MATHERON S.

Les manifestations O.R.L. observées lors de l'identification HIV notamment lors du SIDA.

Encyclopédie Médico-Chirurgicale O.R.L. 1988 ; 20956 A10 : 4.

25- VAILLANT JM, CHOMETTE G, TALBI M, et al.

Hyperplasie lymphoïde kystique de la parotide en rapport avec un syndrome d'immunodépression acquise (HIV+). A propos de 2 cas.

Rev Stomatol Chir Maxillofac 1989 ; 90 : 136-41.

26- SPERLING NM, LIN PT, LUCENTE FE.

Cystic parotid masses in HIV infection.

Head Neck 1990 ; 12 : 337-41.

27- TRIGLIA JM, GIOVANNI A, PORTASPANA T, DOULLAYAE, CANNONI M, PECH A.

Tumeurs de la parotide chez l'enfant. Aspects diagnostiques et problème thérapeutiques. A propos de 41 observations.

In : Lacomme Y, Leroux Robert J, eds.

Tumeurs des glandes salivaires.

Paris : Massons, 1990 : 91-8.

28- BATSAKIS JG,

Vascular tumors of the salivary glands.

Ann Otol Rhinol Laryngol 1986 ; 95 : 649-50.

29- LACK EE, UPTON MP.

Histopathologie review of salivary gland tumors in childhood.

Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1988 ; 114 : 898-906.

30- SCHULLER D.E., Mac CABE B.F.

Salivary gland neoplasms in children.

Otolaryngol Clin North Am 1977 ; 10 : 399-412.

31- BROCHERIOU C, D'AGAY MF, DE ROQUANCOURT A.

Histogénèse des tumeurs des glandes salivaires.

Arch anat Cytol Pathol 1986 ; 34 : 69-78.

32– BROCHERIOU C, D'AGAY MF, DE ROQUANCOURT A, VEROLA O.

Intérêt de l'immunohistochimie dans l'étude des tumeurs des glandes salivaires.

Rev Stomatol Chir LMaxilofac 1988 ; 89 : 65–73.

33– ALLEGRA SR.

Warthin's tumor : a hypersensitivity disease ? Ultrastructural light, and immunofluorescent study.

Hum Path 1971 ; 2 : 403–20.

34– DARDICK I, DAYA D, HARDIE J, Van NOSTRAND AWP.

Mucoepidermoid carcinoma : ultrastructural and histogenetic aspects.

J Oral Pathol Med. 1984 ; 13 : 342–58.

35– CHEVREAU J, GONZALES J, RACADOT J, ZETTOUN P.

Appareil digestif.

In : Coujard R, Poirier J, Racadot J, eds.

Précis : d'histologie humaine.

Paris : Masson, 1980 ; 443–92.

36– LACOMME Y, PRESSEY JJ, CAVE JP.

Les tumeurs para-pharyngées.

Encyclopédie Médico Chirurgicale O.R.L., 1979 ; 20605 C10 : 6

37– LAVALOU JF, DE BRAQUILANGES E, CAMUZET JP, JAOUEN H, BOURDINIERE J.

Diagnostic d'une tumeur de la parotide.

L'ouest Médical 1983 ; 36 : 855–62.

38– BYRNE MN, SPECTOR JG, GARVIN CF, GADO MH.

Preoperative assesement of parotid masses : a comparative evaluation of radiologic techniques to histologic diagnosis.

Laryngoscope 1989 ; 99 : 284–92.

39– CALCATERRA TC, HEMENWAY WG, HANSEN GC, HANAFEE WN,

The value of sialography in the diagnosis of parotid tumors.

Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1977 ; 103 : 727–9.

40– VAN DEN AKKER HP.

Diagnostic imaging in salivary gland disease.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988 ; 66 : 625–37.

41– NEWMAN RK, WEILAND FL, JOHNSON JT, ROSEN PR, GUMERMAN LW.

Salivary scan after major ablative head and neck surgery with prediction of postoperative fistulization.

Ann Otol Rhinol Laryngol 1983 ; 92 :366–8.

42– TSUJII H.

Quantitative dose-response analysis of salivary function following radiotherapy using sequential RI-sialography.

Int J Radiat Oncol Biol Phys 1985 ; 11 :1603–12.

43– DAVID J.M, BACHAUD JM, PIERMONT R, VIGNAUX JR.

Association radio-chirurgicale dans le primo-traitement des épithéliomas parotidiens.

Expérience du Centre Claudius REGAUD.

In : Lacomme Y, Leroux Robert J, eds.

Tumeurs des glandes salivaires.

Paris : Masson, 1990 : 170–3.

44– VAN DEN AKKER HP, BUSEMANN-SOKOLE E.

Absolute indications for salivary gland scintigraphy with 99 TC- pertechnetate.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1985 ; 60 :440–7.

45– WITTICH GR, SCHEIBLE WF, HAJEK PC.

Ultrasonography of the salivary glands.

Radiol Clin North Am 1985 ; 23 : 29–37.

46– BALLERINI G, MONTERO M, SBROCCA M.

Ultrasonic patterns of parotid masses.

Journal of Clinical Ultrasound 1984 ; 12 :273–7.

- 47– BRUNETON JN, SICART M, ROUX P, PASTAUD P, NICOLAU A, DELORME G.**
Indications for ultrasonography in parotid pathologies.
ROFO 1983 ; 138 :22–4.
- 48– CASTEL JC, DELORME G.**
Sémiologie échographique des tumeurs de la parotide et corrélations histo-
échographiques – A propos de soixante dix cas.
Ann Radiol (Paris) 1984 ; 28 : 360–4.
- 49– Mac CURDY JA, NADALO LA, YIM DWS.**
Evaluation of extra-thyroid masses of the head and neck with gray scale
ultrasound.
Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1980 ; 106 :83–7.
- 50– MAGARAM D, GOODING GAW.**
Ultrasonic guided aspiration of parotid abscess.
Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 1981 ; 107 :549.
- 51– PICKRELL KL, TROUGHT WS, SHEARIN JC.**
The use of ultrasound to localize calculi within the parotid gland.
Ann Plast Surg 1978 ; 1 : 542–2.
- 52– BRAYAN RN, MILLER RH, FERREYRO RI, SESSIONS RB.**
Computed tomography of the major salivary glands.
American journal of Roentgenology 1982 ; 139 :547–54.
- 53– CARTER BL, KARMODY CS.**
Computed tomography of the face and neck.
Semin Roentgenol 1978 ; 13 : 257–66.
- 54– CARTER BL, KARMONDY C.S, BLICKMAN J.R, PANDERS A.K.**
Computed tomography and sialography.2. Pathology.
J Comput Assist Tomogr 1981 ; 5 : 46–53.
- 55– EYJOLFSSON O, NORDSHUS T, DAHL T.**
Sialography and CT-sialography in the diagnosis of parotid masses.
Acta Radiol 1984 ; 25 : 361–4.

56– Mac GAHAN JP, WALTER JP, BERNSTEIN I.

Évaluation of the parotid gland–comparison of sialography, non–contrast computed tomography and CT sialography.

Radiology 1984 ; 152 : 453–8.

57– RABINOV K, KELL T, GORDON PH.

CT of the salivary glands.

Radiol Clin North Am 1984 ; 22 : 145–59.

58– LUK PH, SWARTEZ JD, KORSVIK H, MARLOWE FI.

High–resolution computed tomography of the major salivary glands : current status.

J Comput Assist Tomogr 1985 ; 9 : 39–50.

59– SOM PM, BILLER HF.

The combined CT–sialogram.

Radiology 1980 ; 135 : 387–90.

60– SCHAEFER SD, MARAVILLA KR, CLOSE LG, BURNS DK, MERKEL MA, SUSS R.A.

Evaluation of NMR versus CT for parotid masses : a preliminary report.

Laryngoscope 1985 ; 95 : 945–50.

61– TERESI LM, LUFKIN RB, WORTHAM DG, ABEMAYOR E , HANAFEE WN.

Parotid masses : MR imaging.

Radiology 1987 ; 163 : 405–9.

62– SARTORIS A, BUSCA GP, GIORDANO C, et al.

La résonance magnétique dans l'étude de la glande parotide.

Revue Officielle de la Société Française d'O.R.L. 1991 ; 10 :27–32.

63– SERRANO E, LEMOINE C, BOUTAULT F, PESSEY JJ, LACOMME Y.

Les examens complémentaires dans la pathologie parotidienne.

Revue Officielle de la société Française d'O.R.L. 1991 ; 8 : 21–5.

64– FIERE A, CARTIERE E, BRETON P, FAUCON M, FREIDEL, M.

Intérêt de la cytoponction à l'aiguille fine dans le diagnostic des tuméfactions des glandes salivaires.

Rev Stomatol Chir Maxillofac 1990 ; 91 : 291–4.

65– DOMALGA W, HALCZY-KOWALIK I, WEBER K, OSBORN M.

Coexpression of glial fibrillary acid protein, keratin and vitamin.

A unique feature useful in the diagnosis of pleomorphic adenoma of the salivary gland in fine needle aspiration biopsy smear.

Acta Cytol 1988 ; 32 : 403–8.

66– ENEROTH CM.

Aspiration cytology of salivary gland tumours (résumé).

Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord) 1988 ; (suppl 1) : 154.

67– OSTERZEGA N, CHENG L, LAYFIELD L.

Glial fibrillary acid protein immuno-reactivity in fine needle aspiration of salivary gland lesion : a useful adjunct for the differential diagnosis of salivary gland neoplasms.

Diagn Cytopathol 1989 ; 5 : 145–149.

68– SHAHA AR, WEBBER C, DI MAIO T, JAFEE BM.

Needle aspiration biopsy in salivary gland lesions.

Am J Surg 1990 ; 160 : 373–6.

69– YOUNG JEM, ARCHIBALD SD, SHIERE. KJ.

Needle aspiration cytologic biopsy in head and neck masses.

Am J Surg 1981 ; 142 : 484–9.

70– ANDRY G, GUENIER C, CHANTRAIN G, DOR P.

Tumeurs de la glande parotide : diagnostic et traitement.

In : Lacomme Y, Leroux Robert.J, eds.

Tumeurs des glandes salivaires.

Paris : Masson, 1990 :48–57.

- 71– PIEDBOIS P, BATAINI P, DURAND JC, LAULERRY C, BRUNIN F, PONVERT D.**
Apport de la radiothérapie dans le traitement des cancers de la parotide.
In : Lacomme Y, Leroux Robert J, eds.
Tumeurs des glandes salivaires.
Paris : Massons, 1990 :174–81.
- 72– TROTOUX J, CLAVIER A.**
Traitement des cancers des glandes salivaires.
In : Lacomme Y, Leroux Robert J, eds.
Tumeurs des glandes salivaires.
Paris : Masson, 1990 :161–9.
- 73– ARMSTRONG JG, HARRISON LB, SPIRO RH, FASS DE, STRONG EW, FUKS Z.Y.**
Malignant tumors of major salivary gland origin.
Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1990 ; 116 : 290–3.
- 74– LACOMMEY, DHERMAIN F, SERRANO E.**
Cylindromes de la parotide. A propos de 11 cas.
Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1989 ; 106 : 27–34.
- 75– LACOMME Y.**
Les récides des adénomes pléomorphes de la parotides.
Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord) 1988 ; 109 : 17–29.
- 76– Heistel L.**
Chapter XVIII: of extirpating scirrhus maxillary and parotid glands. In a
General System of Surgery in Three Parts.
8th Ed London, 1767.
- 77– Seibold C.**
Resp.Orth.Dissertatio de Squirrhus Parotidis,ejusque Cura.
Cum Annexa Extirpate Historia.Wurubourg,1793.

78– Duval P, Redon H.

Extirpation totale ou subtotale de la parotide avec conservation de la branche supérieur du facial dans les tumeurs dites mixtes de la glande: résultats cliniques.

J. Chir. 1932 ; 39 :801–8.

79– Podovani P, Redon H,

Tumeurs mixtes de la parotide, ablation totale de la glande avec conservation complète du nerf facial,

Mèm Acad. chir. 1938 ; 34(31).

80– Bailey H.

The treatment of parotid gland with special reference to parotidectomy.

Brit J. Surg. 1941; 28:337–46.

81– Andry G, Guenier C, Chantrain, Goor P.

Tumeurs de la glande parotide : diagnostic et traitement. Tumeurs des glandes salivaires.

Actualités de carcinologie cervico-faciale. J.Paris: Masson, 1990; 49 – 57.

82– Ansari HM.

Salivary gland tumors in an Iranian population: a retrospective study of 130 cases.

J Oral Maxillofacial Surg. 2007 Nov; 65(11):2187–94.

83– Fontanel JP, Poitout F, Klossek JM.

Tumeurs des glandes salivaires.

Encycl Med Chir, Paris, Oto–rhino–laryngologie, Fasc 20628 B10, 1995.

84– Guerrier B.

Parotid tuméfaction. Diagnostic orientation.

Rev Prat. 1994 Sep 15; 44(14):1949–53.

85– Halimi PA, Gardner B, Petit A.

Tumors of the salivary glands Service de radiologie,
Hôpital européen Georges Pompidou, faculté de médecine Paris-V, 20, rue
Leblanc, 75908 Paris cedex 15, France.

86– Zanareta M, Chevalier D, Brasnuc D, Barryd B, and Guerrier B.

Parotid tumor.

Annal d'Otolaryngol et de Chir. Cervico-facial; March 2007; 124 (1), p.

87– ESSAADI IM. ;JAJI A. ; JANAHA A. ; DETSOULI M. ;KADIRI F. ; LARAQUI N.Z.

Les tumeurs de la parotide (à propos de 120 cas).

Revue l~gol. Otol. Rhino, 1998, 119, 3, 177–82

88– JUNIEN LAVILLAULOY C. ; ROUX O. ; PASQUIER D. ; EYRAUD S. ;

NICOLLETP.

Les tumeurs de la parotide : étude anatomo-clinique, diagnostique et
thérapeutique: à propos de 68 cas.

Revue med. Alpes Fr., 1979, 8, 1, 1–6

89– Coiffier T, Aidan D, Vilde F, Trotoux J.

Les tumeurs malignes de la parotide. A propos de 60 cas.

Ann. Otolaryngol Chir. Cervicofac, 1996; (113)419 – 424.

90– Ellis GL, Auclair PL.

Atlas of Tumors pathology. Tumors of the salivary glands. Washington (DC).

Armed Forces Institute of Pathology; 1996; pp. 155–373.

91– Surjeet Pohar MD,Hiram Gay, Paula Rosenaum et al.

Malignant parotid tumors: presentation, clinical/pathologic prognostic
factors, and treatment outcomes

Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys, 2005; 61(1): pp. 112–118,

92– Coustal B, Mihelet V, Demeaux H, Gueroul JM, Siber F, Pinsolle J.

Carcinomes primitifs de la parotide. Etude rétrospective de 31 cas.

Rev Stomatol Chir. Maxillofac, 1995 ; 5, 310 – 312.

- 93– **Armstrong JG, Harrison LB, Spiro RH, Fass DE, et al.**
Malignant tumors of major salivary gland origin.
Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1990; 116: 290–293.
- 94– **Spiro R, Huvos A, Strong E.**
Adenoid cystic carcinoma of the salivary origin. A clinicopathological study of 242 cases.
Ann J Surg 1974;128:512–20.
- 95– **Blevins NH, Jackler RK, Kaplan MJ, Boles R.**
Facial paralysis due to benign parotid tumors.
Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1992; 118: 427 – 430.
- 96– **Wahlberg P, Anderson H, Moller T et al.**
Carcinoma of the parotid submandibular glands, a study of survival in 2465 patients.
Oral Oncology 2002; 38; 706–713.
- 97– **Golar R, Chossegras C, Carreau P.**
Anatomie chirurgicale de la région parotidienne.
Rev Stomatol Chir. Maxillofac, 1994; 95(6):395 – 410.
- 98– **GAILLARD J. ; GANDON J. ; LAUDEN BACH P. ; JEZEQUEL J.**
La pathologie médicale et chirurgicale de la région parotidienne.
Soc. Franc. d'ORL, 1981,45–64, 117–149
- 99– **LAUDEN BACH P. ; VAILLANT J.M.**
Tumeurs des glandes salivaires : étude clinique
Encycl. Med. Chirg (Stomato), 1974; 22060–A–10, 6–14
- 100– **LACCOURREYE H. ; BRASNU D. ; LACAU SAINT GUMOY J. ; SENSCHAUT**
Parotidectomies totales ou parotidectomies partielles dans le traitement des adénomes pléomorphes de la parotide.
Ann. d'ORL, 1984, 161, 3, 161–7

- 101– MARANDAS P. ; ALFEIRAN A. ; MICHEAU C. ; LERIDANT A.M. ; DIOUF R.; DOMENGE c.; SCHWAAB G.**
Les tumeurs bénignes de la parotide. Attitude de l'Institut Gustave–Roussy à propos d'une série de 180 tumeurs
Communication au Congrès de la Société Française d'ORL, 1987.
- 102– Gaillard J, Gandon J, et al.**
Pathologie médicale et chirurgicale de la région parotidienne.
Société française d'ORL et pathologie cervico faciale, librairie Arnette.
- 103–Robertson DW, Chu FW and Yarrington CT.**
Parotid cancer: treatment and results.
Ear Nose Throat Journal 1993; 72(12): 787–793.
- 104–Frankenthaler RA, Luna MA, Lee SS, Ang KK, Byers R, et al.**
Pronostic variables in parotid gland cancer.
Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1991; 117, 1251 – 1256.
- 105– Kuauhyama Luna–Ortiz, Jesús Alberto Sansón–RíoFrío.**
Frey syndrome. A proposal for evaluating severity.
Oral Oncology May 2004; 40(5): 501–505.
- 106–Linder TE, Huer A, Shimds,**
Frey syndrome, a retrospective and prospective analysis.
Laryngoscope 1997; 107:1496–501.
- 107– Guerrier. B, Makeieff M. and Maurice N.**
Stratégie diagnostic et thérapeutique des tumeurs de la parotide.
Les cahiers d'ORL et chir cervico faciale et d'audiophonie 1996; 19: 9–16.
- 108– Vargas PA, Gerhard R, Araujo VJ, et al.**
Salivary gland tumors in a Brazilian population: A retrospective study of 124 cases.
Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo 57 (2002), p. 271.

109– Delarue J.

Les tumeurs mixtes pluri focales de la glande parotide

Ann Anat Pathol, 1956.

110–Chevalier D, Lohe V, Darras JA, et al.

Les reprises et récides d'adénome pleomorphe de la parotide. 62 cas.

Ann Otolaryngology Chir Cervicofac, 1996; 113, 56 – 60.

111– Cannoni M, Peh A, Savennec L, Zanar M, DESSI P.

Les récides des adénomes pleomorphes.

Rev Laryngol, 1988; 109(1): 13 – 16.

112– Myssiorek D, Ruah CB and Hybels RL.

Recurrent pleomorphic adenomas of the parotid gland,

Head Neck 1990; 12, 332–6.

113–Phillips PP and Olsen KD.

Recurrent Pleomorphic adenoma of the parotid gland; report of 126 cases
and a review of the literature;

Anato Rhinol Laryngol 1995; 104,100–4.

114– Kornevs E, Tars J, Bigestans A, Lauskis G

Treatment of parotid gland tumors in Latvian Oncological Center.

Stomatologya. 2005; 7(4):110–4.

115– Froehlich P, Fomeur JP, Vuong PN.

Traitement des récides des adénomes pleomorphes de la glande parotide.

Ann Oto Laryng (paris), 1991; 108, 333 – 337.

116– Piquet JJ, Apap E, Delmott J, et al.

Traitement des adénomes pleomorphes de la parotide et leurs récides

JF ORL 1989; 38,171–175.

117– Pedersen D, Overgaard J, Sogaard H et al.

Malignant parotid tumors in 110 consecutive patients: treatment results and
prognosis.

Laryngoscope 1992; 102, pp. 1064–1069.

118–Gierek T, Majzel K, Jura–Szołtys E, Witkowska M.

The histo–clinical analysis of 95 malignant neoplasms of parotid gland.

Otolaryngol Pathol. 2006; 60(3):313–6.

119– Frankenthaler RA, Luna MA, Lee SS, Ang KK, Byers R, et al.

Pronostic variables in parotid gland cancer.

Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1991; 117, 1251 – 1256.

120– thèse (tumeurs parotidiennes) de service d'ORL de CHU hassan II

Fès en 2006

ANNEXES

ANNEXE 1

FICHE DE RECUEIL DES DONNEES

1- Age

2- Sexe

Homme / Femme

3- Année d'apparition de la tumeur

4- Chirurgie antérieure

Non/ Biopsie/ exérèse latéro ou infra faciale

5- Irradiation antérieur

Non/ Oui

6- Etat général avant la chirurgie

Bon / Moyen/ Mauvaise

7- Douleur

Non / Oui

8- Dysfonction VII

Non/ Partielle/ Totale

9- Expression orpharyngée

Non/ Oui

10- Tumeur bilatérale

Non/ Oui

11- Mobilité tumoral

Mobile/ Fixée/ plan Profonde

12- Fixée plan superficiel

Totalement fixée

13- Tumeur stadification clinique

T

14- Adénopathie

N0/N1/N2

15– Métastases

M0/M1

16– Examens radiologiques

Non/ sialographie

Echographie/T .D.M/ I .R.M

17– Ponction cytologique**18– Latéralité chirurgie**

Droit/ Gauche

19– Type de Parotidectomie

Biopsie/ Enucléation partielle/ Totale

20– Localisation parotidienne

Latéro-facial/ Infra-facial/ Midio-facial/ Diffus

21– Facial

Respecter/ Rameaux/ Branches/ Tronc

22– Cause sacrifice

Nécessite/ Accidentelle

23– Evidement

Non / complet fonctionnel/ complet radical

24– Type histologique extemporané**25– Type histologique définitif****26– Radiothérapie parotide**

Non/Pré-opératoire/ Post-opératoire

27– Chimiothérapie

Non/Oui

28– Complications post-opératoires

Non/Hématome /infection/ Trouble de cicatrisation