



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2020

Thèse N° 081

**Etude épidémiologique et anatomopathologique des
tumeurs des glandes salivaires au sein du service
d'anatomie pathologie CHU Mohammed VI Marrakech
À propos de 55 cas**

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12/06/2020

PAR

Mr. Anass CHQORMANI

Né le 01 Octobre 1991 à Beni Mellal

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Glande salivaire - tumeur- diagnostic- anatomie pathologique - pronostic

JURY

Mme. N.MANSOURI

Professeur en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale

PRESIDENT

M. A.BELBACHIR

Professeur agrégé en anatomie pathologique

RAPPORTEUR

M. A.FAKHRI

Professeur agrégé en histologie- embryologie cytogénétique

Mme. H.RAIS

Professeur en anatomie pathologique

} **JUGES**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي
أنعمت عليّ وعلى والديّ وأن أعمل
صالحاً ترضاه وأصلح لي في ذريّتي إني
تبت إليك وإني من المسلمين"



Serment d'Hippocrate

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

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

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

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

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

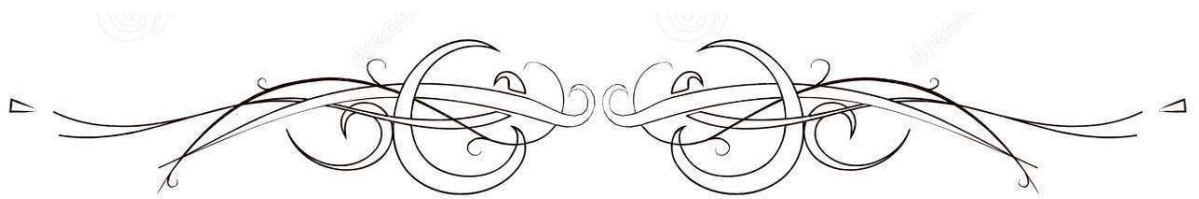
Les médecins seront mes frères.

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

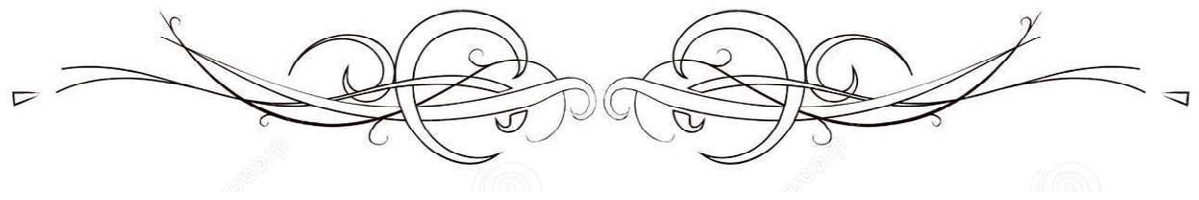
Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

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

Je m'y engage librement et sur mon honneur.



LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AGHOUTANE EI Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KAMILI EI Ouafi EI Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire péripherique	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAKMICH I Mohamed Amine	Urologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LAOUAD Inass	Néphrologie

ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LOUHAB Nistrine	Neurologie
ASRI Fatima	Psychiatrie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENELKHAIA BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUAITY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURRAHOUS Aicha	Pédiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie

DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie – Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZYANI Mohammed	Médecine interne
FADILI Wafaa	Néphrologie		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo facial	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJ Soumaya	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
ATMANE El Mehdi	Radiologie	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale

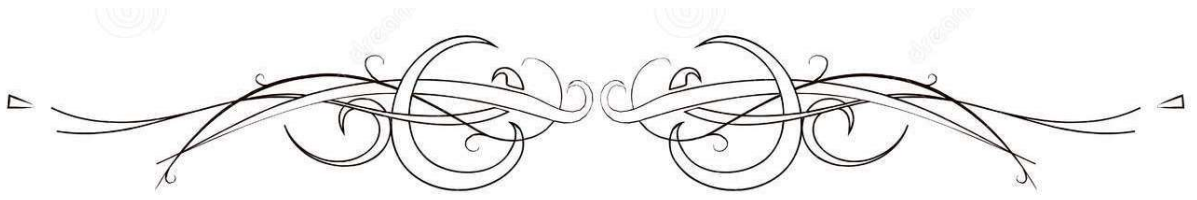
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RBAIBI Aziz	Cardiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardiovasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL MEZOUARI EI Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
GHAZI Mirieme	Rhumatologie		

Professeurs Assistants

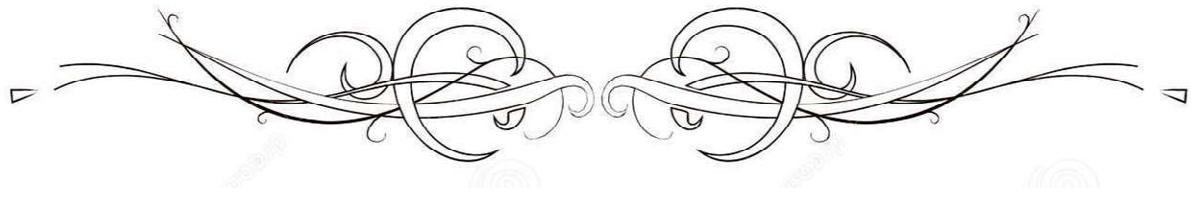
Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	ELQATNI Mohamed	Médecine interne
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AMINE Abdellah	Cardiologie	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	Hammoune Nabil	Radiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie

BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELLASRI Salah	Radiologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio – Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIRAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie–réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie–patologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio–organnique	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	TAMZAOURTE Mouna	Gastro – entérologie
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	WARDA Karima	Microbiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 24/09/2019



DÉDICACES



*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude,
Mon amour, mon respect, et ma reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que...*



Je dédie cette thèse à...

A mes très chers parents,

Naoual & Hassan

chers parents, aucune dédicace, ne pourrait exprimer l'affection et l'amour que je vous porte. Vos sacrifices innombrables et votre dévouement furent pour moi la plus grande des motivations. Merci de m'avoir inculqué ces belles valeurs qui sont aujourd'hui des principes. Merci papa de m'avoir appris à aimer la médecine et à aider autrui depuis toujours. Merci maman de te soucier autant de mon bonheur et de mon bien être. Merci d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. Je vous aime.

A mes très chers frères :

Rida & Ouail

Pour votre amour et votre soutien, Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection et mon attachement. Vous êtes ce que la vie offre de meilleur : des complices, des amis, des irremplaçables frères ! Je vous souhaite beaucoup de bonheur, de santé et de réussite. Que Dieu nous unisse pour toujours.

A ma très chère grand-mère maternelle :

Tes prières ont été pour moi d'un grand soutien tout au long de mes études. Avec mes souhaits de santé, de bonheur et de longévité.

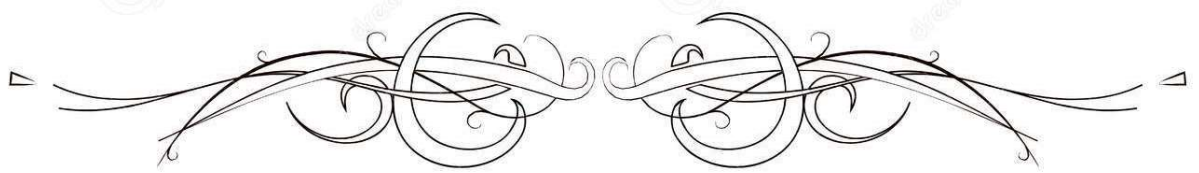
A mes meilleurs amis,

Achraf & Reda

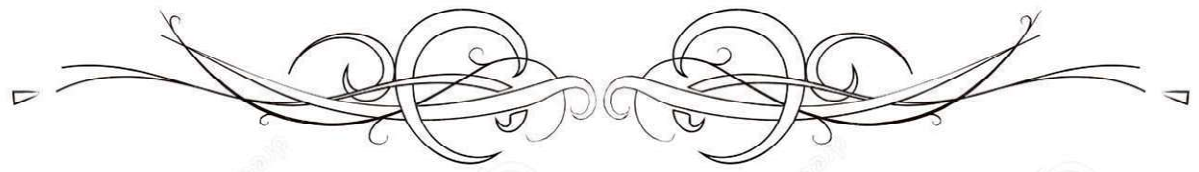
Sans vous les études médicales n'auraient pas été les mêmes. Nos fous-rires et notre bonne humeur ont su faire face à toutes les épreuves imposées par ce parcours en médecine, et pour cela, merci. Merci de toujours être là au bon moment, merci pour vos sourires, bref, merci d'exister. Je sais que je pourrais toujours compter sur vous, aussi bien à l'hôpital qu'en dehors. Nous avons passé la majeure partie de notre chemin ensemble, et je sais que le meilleur reste à venir « inshallah ». Je dédie ce travail à notre grande amitié, qui je l'espère sera éternelle

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

*Tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration
de ce travail.*



REMERCIEMENTS



A mon maître et rapporteur de thèse:

Pr. Anass Belbachir

Professeur d'anatomie pathologie, chef du centre de médecine régénérative au centre hospitalier universitaire Mohammed VI Marrakech. Vous m'avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant avec gentillesse et spontanéité, de diriger et d'encadrer mon travail. J'ai eu le grand plaisir de travailler sous votre direction. Vos conseils et recommandations, votre compétence, votre dynamisme, votre rigueur, et votre attention ont vastement contribué à la réalisation de cette thèse et ont suscité en moi une grande admiration et un profond respect. Veuillez accepter, cher Maître, l'assurance de mon estime, ma sincère reconnaissance et ma profonde gratitude.

A mon maître et président de thèse :

Pr. N.Mansouri

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant la présidence de notre jury. Vos qualités professionnelles m'ont beaucoup marqué mais encore plus votre gentillesse et votre sympathie. Votre enseignement restera pour nous un acquis de grande valeur. Veuillez accepter, cher Maître, dans ce travail nos sincères remerciements et toute la reconnaissance que nous vous témoignons.

A mon maître et juge de thèse :

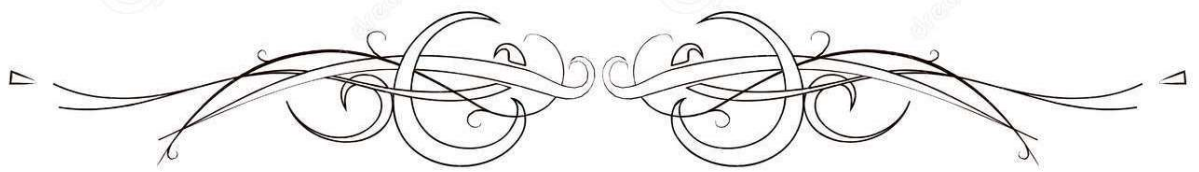
Pr. H.Raïs

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

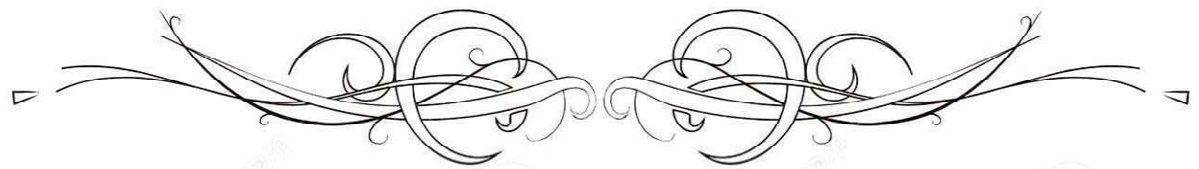
A mon maître et juge de thèse

Professeur A.Fakhri

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail dès le début et de faire partie de notre jury. Nous garderons de vous l'image d'un maître dévoué et serviable, et d'un homme dont la présence rassure et la parole apaise. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et nos remerciements les plus sincères.



FIGURES & TABLEAUX



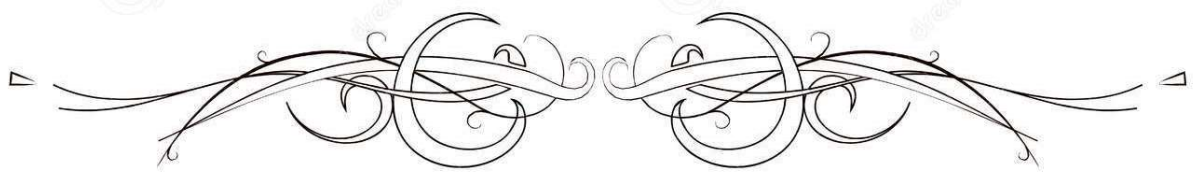
Liste des Figures :

- Figure 1** : Répartition des cas selon les tranches d'âge
- Figure 2** : Répartition des cas selon le sexe
- Figure 3** : Répartition des cas selon le motif de consultation
- Figure 4** : Masse parotidienne gauche
- Figure 5** : Echographie de la région parotidienne gauche montrant une masse tissulaire hétérogène du pôle inférieur de la glande parotide gauche
- Figure 6** : TDM parotidienne en coupes axiales : lésion tissulaire parotidienne extra-faciale gauche
- Figure 7** : TDM parotidienne en coupes axiales : lésion kystique parotidienne gauche à paroi épaisse avec calcification périphériques
- Figure 8** : IRM cervicale en coupes axiales en séquence pondérée T2 montrant une volumineuse tumeur parotidienne gauche avec signal hétérogène en T2, et infiltration musculaire et cutanée.
- Figure 9** : Répartition des cas selon le matériel d'étude.
- Figure 10** : Répartition des tumeurs selon la malignité
- Figure 11** : Répartition des cas selon le type histologique.
- Figure 12** : Répartition des tumeurs bénignes des glandes salivaires
- Figure 13** : Aspect morphologique d'un adénome pléomorphe des glandes salivaires (*cas du service*)
- Figure 14** : Aspect morphologique d'une tumeur de Warthin (*cas du service*)
- Figure 15** : Aspect morphologique d'un adénome à cellules basales (*cas du service*)
- Figure 16** : Aspect morphologique du schwannome (*cas du service*)
- Figure 17** : Répartition selon le type de tumeur maligne
- Figure 18** : Aspect morphologique du carcinome adénoïde kystique (*cas du service - A grossissement x 40 - B grossissement x 200-*)
- Figure 19** : Aspect morphologique du carcinome épithélial myoépithélial (*cas du service*)
- Figure 20** : Aspect morphologique du carcinome peu différencié sur adénome pléomorphe (*cas du service*)
- Figure 21** : Aspect morphologique d'une prolifération sarcomateuse des glandes salivaires (*cas du service*)
- Figure 22** : Répartition des tumeurs selon le sexe
- Figure 23** : Vue latérale schématisée des glandes salivaires et des canaux du côté gauche
- Figure 24** : Représentation schématisée de l'organisation du système excréteur

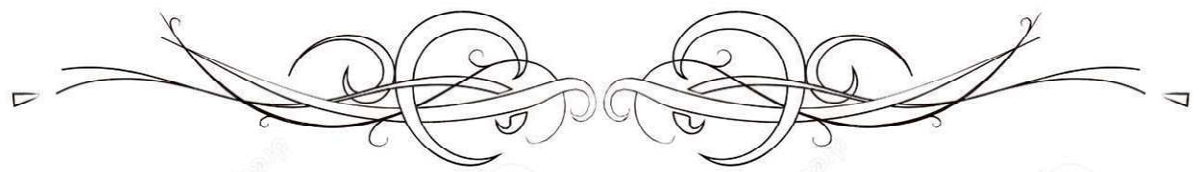
- Figure 25** : Représentation schématique des cellules myoépithéliales
- Figure 26** : Représentation schématique d'une coiffe terminale séreuse en forme de Croissant de Gianuzzi
- Figure 27** : Echographie d'une tumeur amygdalienne droite, de type solide, hypoéchogène homogène
- Figure 28** : TDM d'un adénome pléomorphe palais
- Figure 29** : TDM d'un processus lytique hétérogène intra-maxillaire droit correspondant à un carcinome mucoépidermoïde
- Figure 30** : IRM d'un carcinome adénoïde kystique du palais mou
- Figure 31** : Coupe verticale IRM d'un adénome rétropharyngé
- Figure 32** : Classification OMS 2017 des tumeurs des glandes salivaires
- Figure 33** : Aspect macroscopique d'un adénome pléomorphe parotidien
- Figure 34** : Aspect histologique d'un adénome pléomorphe avec une composante épithéliale et mésenchymateuses
- Figure 35** : Aspect morphologique d'une tumeur de WARTHIN
- Figure 36** : Aspect morphologique d'un Oncocytome
- Figure 37** : Aspect morphologique d'un Myoépithéliome
- Figure 38** : Aspect morphologique d'un adénome à cellules basales
- Figure 39** : Aspect morphologique d'un Carcinome muco-épidermoïde de grade intermédiaire
- Figure 40** : Aspect morphologique d'un Carcinome adénoïde kystique
- Figure 41** : Aspect macroscopique d'un carcinome à cellules acineuses
- Figure 42** : Aspect morphologique d'un Carcinome à cellules acineuses
- Figure 43** : Aspect morphologique d'un Carcinome sur adénome pléomorphe
- Figure 44** : Aspect morphologique d'un Carcinome épithélial-myoépithélial
- Figure 45** : Aspect morphologique d'un carcinosarcome

Liste des tableaux :

- Tableau I** : Répartition selon le motif de consultation selon le type de la tumeur (Bénigne ou maligne)
- Tableau II** : Répartition selon les données de l'examen clinique selon le type de la tumeur.
- Tableau III** : Tableau récapitulatif de la qualité d'exérèse des pièces opératoires
- Tableau IV** : Classification TNM des tumeurs malignes
- Tableau V** : Répartition des tumeurs selon l'âge
- Tableau VI** : Récapitulatif des tumeurs selon la localisation
- Tableau VII** : Taille tumorale selon le type histologique.
- Tableau VIII** : Répartition des récurrences selon le type histologique.
- Tableau IX** : répartition selon le taux selon la littérature.
- Tableau X** : Répartition selon le sexe dans la littérature
- Tableau XI** : Répartition de l'âge selon la littérature
- Tableau XII** : Répartition des tumeurs bénignes et malignes des glandes salivaires dans la littérature
- Tableau XIII** : Répartition du type histologique des tumeurs des glandes salivaires dans la littérature.

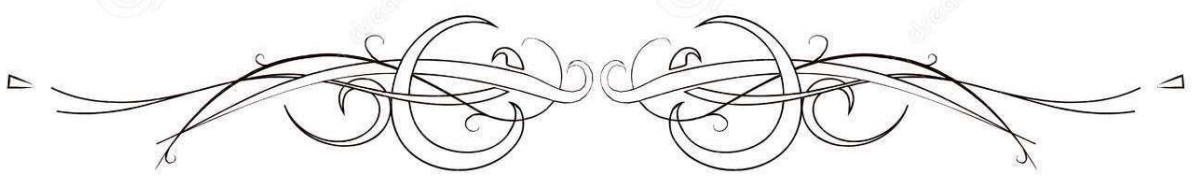


ABBREVIATIONS

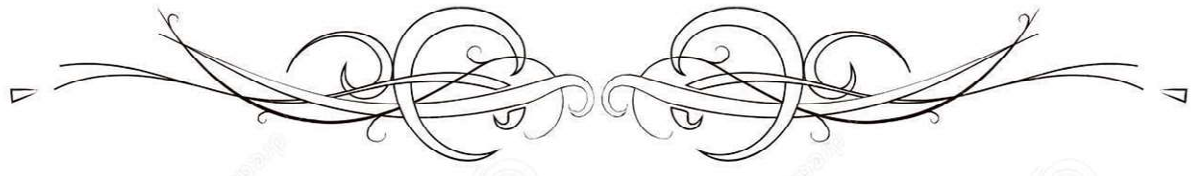


Liste des abréviations :

CHU	: centre hospitalier universitaire
ORL	: oto-rhino-laryngologie
TDM	: tomodensitométrie
IRM	: imagerie par résonance magnétique
CAK	: carcinome adénoïde kystique
CME	: carcinome muco-épidermoïde
OMS	: organisation mondiale de la santé
IHC	: immune-histochimie
USA	: united state of America
CD	: cluster de différenciation
T	: tumeur
N	: ganglion
M	: métastase

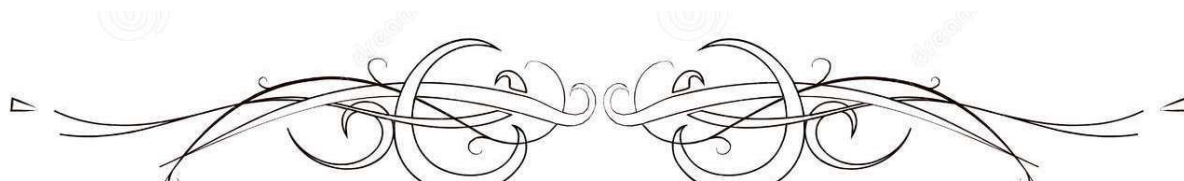


PLAN

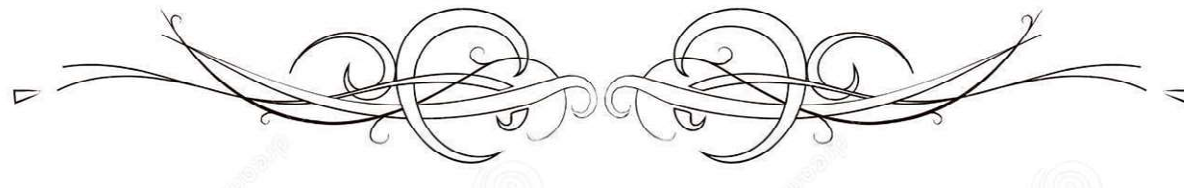


INTRODUCTION	1
PATIENTS ET METHODES	4
I. Objectif du travail :.....	4
II. Patients :.....	4
III. La collecte des données.....	4
IV. Le matériel d'étude :.....	5
V. Considérations éthiques :.....	5
RESULTATS	6
I. Caractéristiques cliniques générales :.....	7
1. Le Nombre de cas :.....	7
2. L'âge :.....	7
3. Le sexe :.....	7
II. Donnés cliniques :.....	8
1. Antécédents :.....	8
2. Motif de consultation :.....	9
3. Examen clinique :.....	10
III. Donnés paracliniques :.....	11
1. Imagerie :.....	11
2. Etude Anatomopathologique :.....	11
IV. Analyse comparative des résultats selon le type histologique :.....	29
1. Répartition des tumeurs selon l'âge:.....	29
2. Répartition des tumeurs selon le sexe :.....	30
3. Répartition des tumeurs selon la localisation :.....	31
4. Taille moyenne des tumeurs diagnostiquées.....	32
V. Traitement et Evolution.....	32
1. Traitement chirurgical :.....	32
2. Radiothérapie :.....	33
3. Evolution :.....	33
DISCUSSION	35
I. ANATOMIE ET EMBRYOLOGIE DES GLANDES SALIVAIRES [1].....	35
1. Les glandes salivaires principales :.....	36
2. les glandes salivaires accessoires : [6].....	37
3. Les localisations ectopiques :.....	37
II. Histologie [7, 8].....	38
1. La glande parotide :.....	39
2. La glande submandibulaire :.....	39
3. La glande sublinguale :.....	40
4. Concernant l'ensemble des glandes salivaires :.....	41
III. Epidémiologie des tumeurs des glandes salivaires :.....	41
1. Fréquence :.....	41
2. Sexe :.....	42

3. Age :	42
IV. Présentation clinique :	42
1. Le nodule intra- parotidien isolé :	42
2. Le Nodule avec signes d'accompagnement :	42
3. La masse kystique :	44
V. Données radiologiques :	44
1. Echographie :	44
2. Tomodensitométrie (TDM) :	45
3. Imagerie par résonance magnétique (IRM) :	46
VI. Examen Anatomie pathologique :	48
1. Classification OMS:	48
2. Techniques histologiques :	49
3. Aspect Anato-mo-pathologique des tumeurs des glandes salivaires :	51
4. Aspect Anato-mo-pathologique des tumeurs des glandes salivaires dans la littérature:	68
VII. Traitement et évolution :	69
1. Traitement des tumeurs des glandes salivaires :	69
2. La radiothérapie de la glande parotide :	70
CONCLUSION	71
RÉSUMÉS	73
ANNEXES	77
BIBLIOGRAPHIE	83



INTRODUCTION

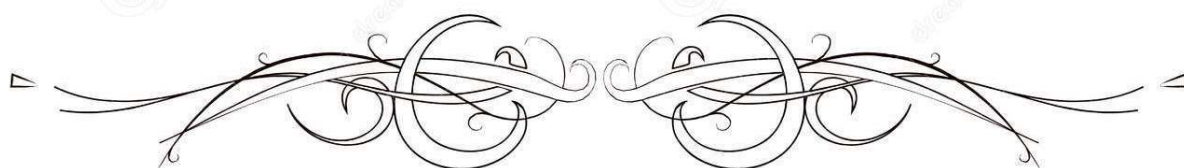


La pathologie tumorale des glandes salivaires demeure relativement rare. Toutefois, la classification anatomopathologique des tumeurs salivaires rend compte de leurs très grands polymorphismes. Ceci peut causer de nombreuses difficultés diagnostiques à l'étape clinique, radiologique et histologique.

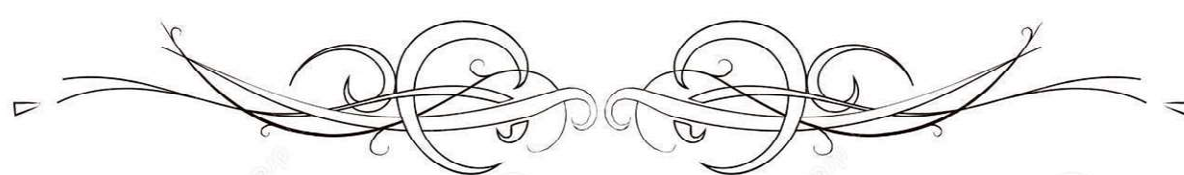
Certains éléments cliniques, topographiques, macroscopiques ont une valeur d'orientation diagnostique. L'imagerie est utile pour le bilan d'extension locorégionale. Le diagnostic de certitude des tumeurs des glandes salivaires repose essentiellement sur l'examen histologique de la pièce chirurgicale.

Plusieurs sites lésionnels sont possibles : les glandes salivaires principales (la glande parotide, la glande sous-maxillaire et la glande sub-linguale) ou plus rarement les glandes salivaires accessoires. En général, la localisation préférentielle des tumeurs salivaires est parotidienne.

Les tumeurs salivaires sont le plus souvent bénignes. Le type histologique le plus courant est l'adénome pléomorphe. La majorité de ces tumeurs est curable définitivement chirurgicalement.



PATIENS ET METHODES



I. Objectif du travail :

L'objectif principal de cette étude est d'établir le profil épidémiologique et anatomopathologique des tumeurs des glandes salivaires au sein du service d'anatomie pathologie CHU Mohammed VI Marrakech en analysant et évaluant les différents éléments recueillis.

L'objectif secondaire de ce travail est de comparer les résultats obtenus avec les données retrouvées dans la littérature internationale.

II. Patients :

Il s'agit d'une étude rétrospective s'intéressant à tous les patients présentant une tumeur des glandes salivaires diagnostiquée histologiquement. Nous avons exclu de cette étude les tuméfactions salivaires d'origine inflammatoire (sialadénites)

Tous les cas de cette étude ont été vus au service d'anatomie Pathologique du CHU Mohammed VI de Marrakech de Janvier 2013 à Décembre 2019. Les diagnostics ont été posés par les pathologistes séniors du service en accord avec l'ensemble des données biocliniques et radiologiques.

III. La collecte des données

Les données de l'étude sont recueillies à l'aide d'une fiche d'exploitation (annexe). Nous avons élaboré cette fiche d'exploitation en se basant sur les données de la littérature pour recueillir le maximum de données épidémiocliniques, paracliniques, histologiques, thérapeutiques et évolutives et notamment les paramètres suivants : l'âge, le sexe, les données cliniques, les données paracliniques (principalement l'imagerie), les données histologiques, le traitement et l'évolution.

Les résultats ont été exprimés en pourcentages ou en moyennes en fonction des variables étudiés.

IV. Le matériel d'étude :

Le matériel d'étude était :

- Les comptes-rendus anatomo-pathologiques archivés du service anatomie pathologique du CHU Mohammed VI de Marrakech.
- Le registre de la réception du service d'anatomie pathologique du CHU Mohammed VI de Marrakech.
- Les dossiers médicaux des services cliniques d'où les prélèvements sont originaires dont les bilans radiologiques.

V. Considérations éthiques :

Les dossiers ainsi que les données recueillis dans notre étude ont été gardés confidentiellement.



RESULTATS



I. Caractéristiques cliniques générales :

1. Le Nombre de cas :

Dans notre étude le nombre de cas recueillis était 55 cas.

2. L'âge :

Dans notre étude l'âge moyen était de l'ordre de 49,38 ans avec des extrêmes allant de 10 à 74 ans. La tranche d'âge la plus fréquente était celle supérieure à 50 ans avec un pourcentage de 43,64%.

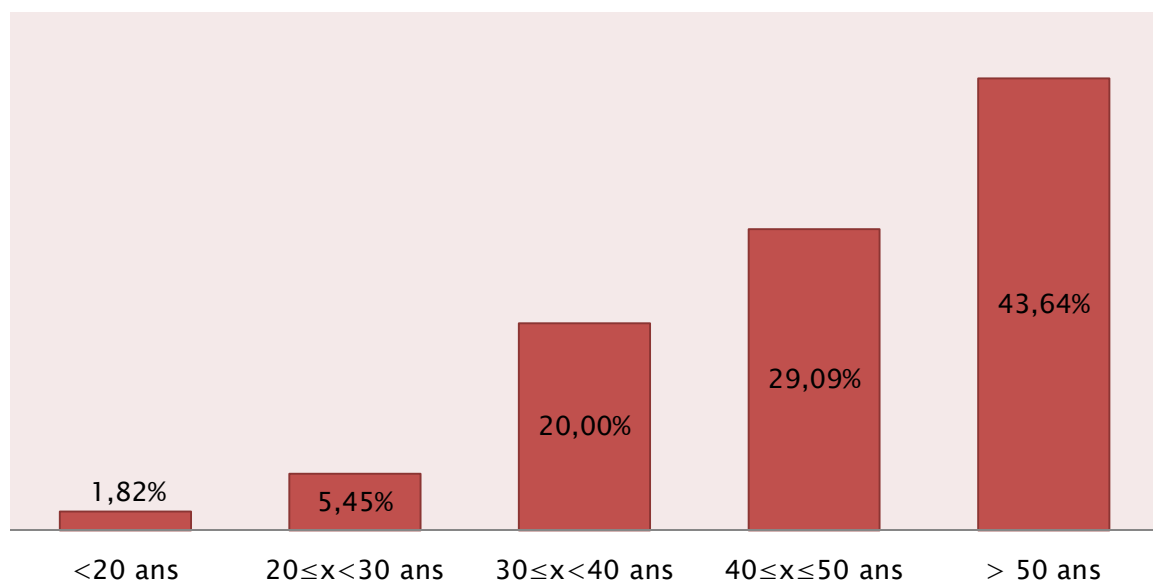


Figure 1 : Répartition des cas selon les tranches d'âge

3. Le sexe :

Dans notre étude, 62% étaient de sexe féminin (34 cas) et 38% de sexe masculin (21 cas), avec un sexe ratio de F/H = 1.6

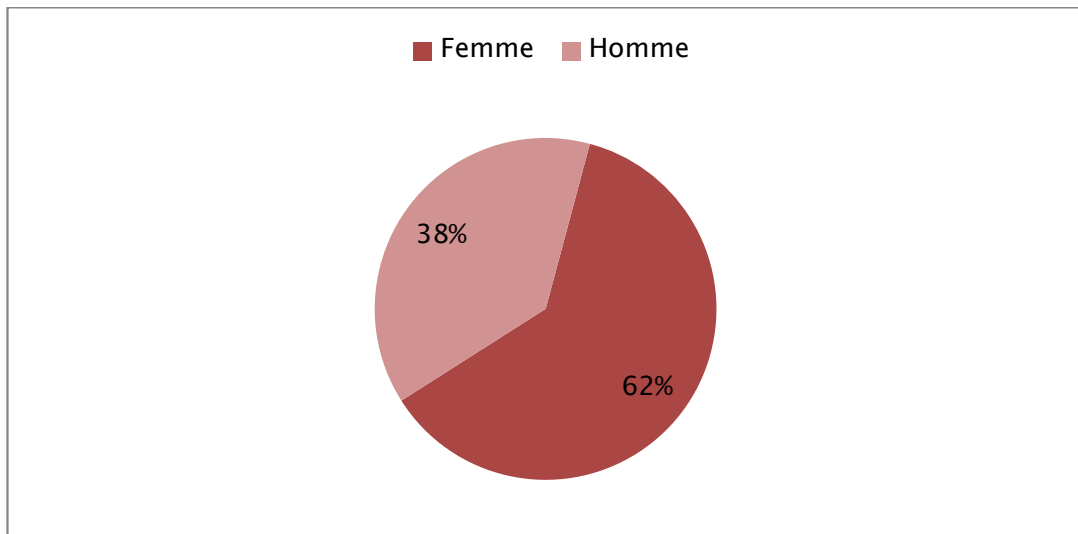


Figure 2 : Répartition des cas selon le sexe

II. Donnés cliniques :

1. Antécédents :

1.1. Antécédents Médicaux :

Dans notre étude :

- 13 patients avaient un antécédent d'infection ORL
- 2 patients avaient un antécédent de tuberculose pulmonaire
- 1 cas était VIH positif

1.2. Antécédents Chirurgicaux

Sur les 12 patients ayant des antécédents chirurgicaux, 2 avaient un antécédent de chirurgie des glandes salivaires :

- Les deux cas ont bénéficié d'une parotidectomie partielle suite à un carcinome adénoïde kystique de la parotide.

1.3. Toxiques :

Dans notre étude, 16 patients étaient tabagiques et 10 patients étaient alcooliques. Onze patients présentaient les 2 co-morbidités.

2. Motif de consultation :

Dans notre étude la tuméfaction isolée était le motif de consultation le plus fréquent dans 65,45%.

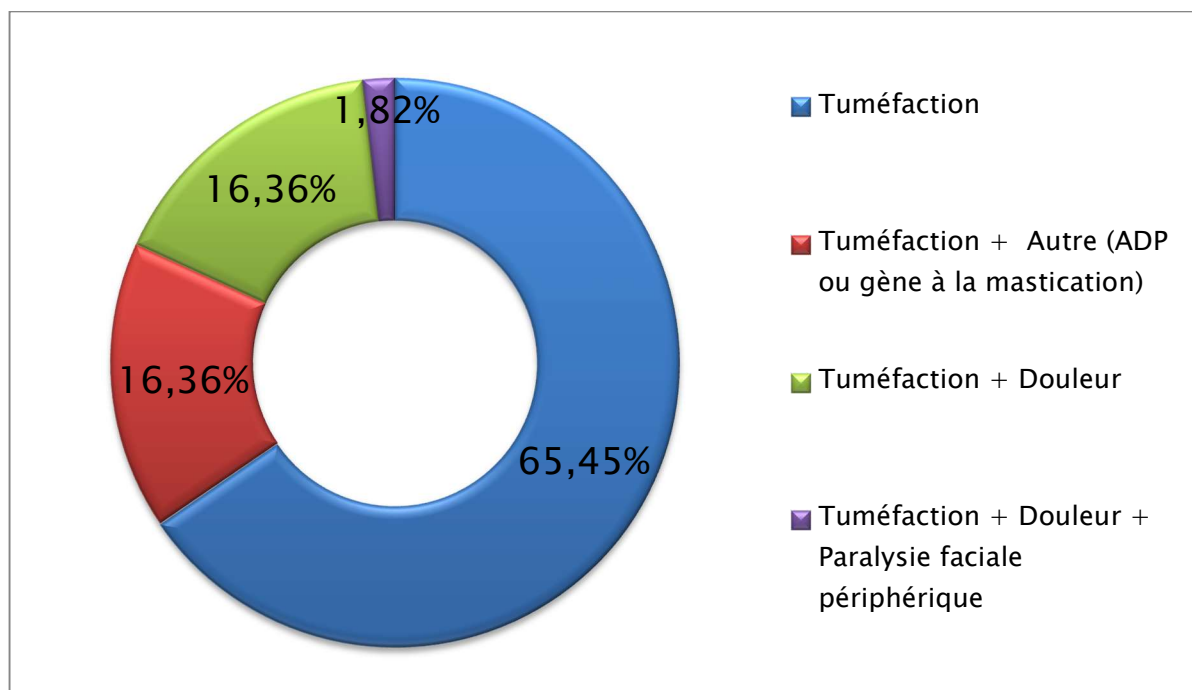


Figure 3 : Répartition des cas selon le motif de consultation

Pour les tumeurs bénignes le motif de consultation le plus fréquent était la tuméfaction avec un taux de 97,22%. Alors que pour les tumeurs malignes l'association d'une tuméfaction et la douleur étaient le motif de consultation le plus fréquent dans 88,89% des cas.

Tableau I: Répartition selon le motif de consultation selon le type de la tumeur (Bénigne ou maligne)

	Bénignes		Malignes		TOTAL
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Tuméfaction	35	97,22%	1	2,78%	36
Tuméfaction + Douleur	1	11,11%	8	88,89%	9
Tuméfaction + Douleur + Paralyse faciale périphérique	0	0,00%	1	100,00%	1
Tuméfaction + Autre	8	88,89%	1	11,11%	9
Total général	44	80,00%	11	20,00%	55

3. Examen clinique :

Dans notre étude, l'examen clinique de la tumeur a objectivé les caractéristiques suivantes :

- Pour les tumeurs bénignes : La plupart (41 cas) des tumeurs étaient mobiles non adhérentes à la peau, 39 cas étaient non adhérentes au plan profond, 2 cas étaient d'aspect inflammatoire, 1 cas avait une paralysie faciale et 4 cas avaient une adénopathie associée.
- Pour les tumeurs malignes : Dans 6 cas, les tumeurs étaient non adhérentes à la peau, 8 cas étaient fixes par rapport au plan profond, 2 cas étaient d'aspect inflammatoire et seulement 2 cas avaient une adénopathie associée cliniquement palpable.

Tableau II: Répartition selon les données de l'examen clinique selon le type de la tumeur

	Adhérence à la peau		Adhérence au plan profond		Aspect cutané en regard de la tumeur		Paralysie faciale	ADP
	Oui	Non	Oui	Non	Inflammé	Normal	Oui	Oui
Bénignes	0	41	2	39	2	39	-	2
Malignes	3	6	8	1	2	7	1	4
Total	3	47	10	40	4	46	1	6



Figure 4 : Masse parotidienne gauche

III. Données paracliniques :

1. Imagerie :

1.1. Echographie parotidienne :

Des signes suspects de malignité (masses parotidiennes hétérogènes mal limitées) ont été objectivés chez 6 cas et des adénopathies dans 2 cas.



Figure 5 : Echographie de la région parotidienne gauche montrant une masse tissulaire hétérogène du pôle inférieur de la glande parotide gauche

1.2. Tomodensitométrie cervico-faciale (TDM) :

Les comptes-rendus de la TDM des glandes salivaires ont été trouvés dans 3 dossiers de nos patients. Elles ont objectivé des lésions tissulaires exo-faciales avec prise de produit de contraste hétérogène chez 2 patients, et une masse kystique chez 1 seule patiente.

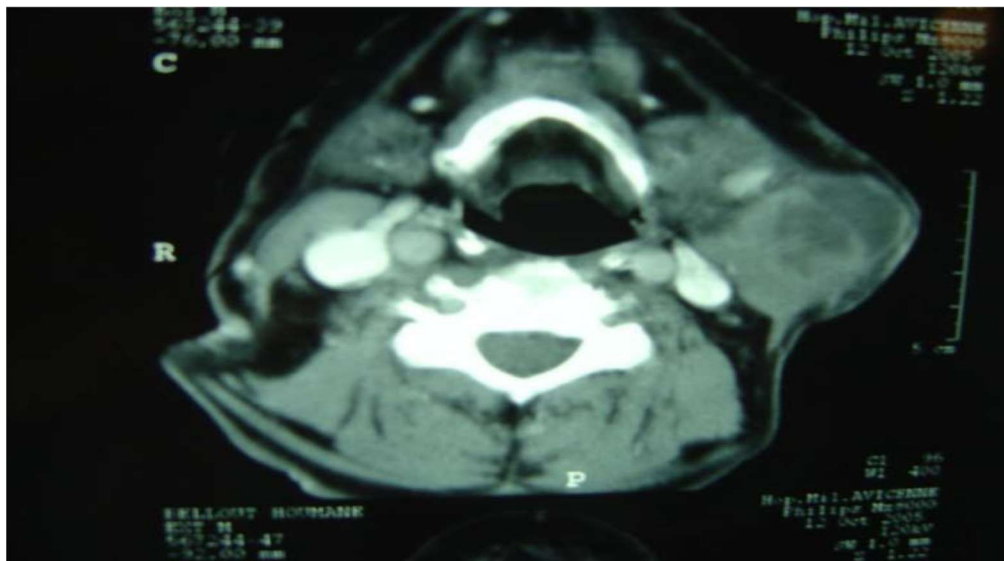


Figure 6 : TDM parotidienne en coupes axiales : lésion tissulaire parotidienne exo faciale gauche

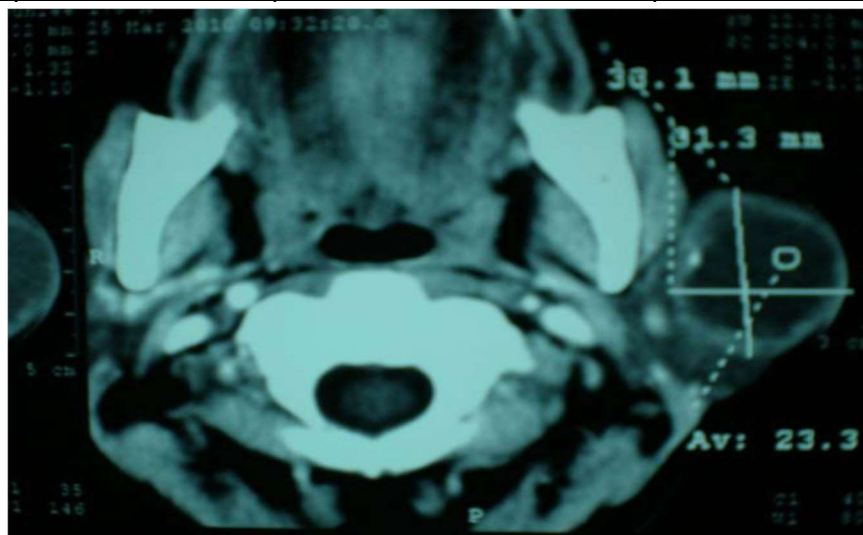


Figure 7: TDM parotidienne en coupes axiales : lésion kystique parotidienne gauche à paroi épaisse avec calcification périphériques

1.3. Imagerie par résonance magnétique parotidienne (IRM) :

Les comptes-rendus d'IRM ont été trouvés dans 10 dossiers. L'IRM avait pour objectif d'analyser le signal de la tumeur et ses rapports avec les structures de voisinage. Chez 9 malades, l'IRM a montré un processus tissulaire hétérogène, mal limité avec hypo signal. Une atteinte des deux lobes parotidiens a été retrouvée dans 4 cas.

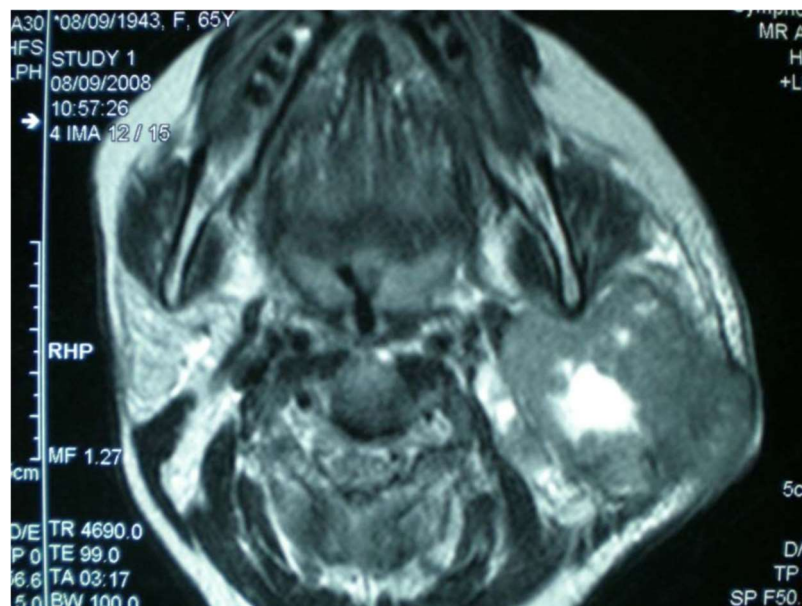


Figure 8: IRM cervicale en coupes axiales en séquence pondéré T2 montrant une volumineuse tumeur parotidienne gauche avec signal hétérogène en T2, et infiltration musculaire et cutanée.

2. Étude Anatomico-pathologique :

2.1. Matériel d'étude :

Dans notre étude, l'étude anatomopathologique était réalisée sur pièce opératoire dans 71% des cas contre 29% des cas sur biopsie. La grande partie des pièces opératoires étaient des pièces de parotidectomie totale dans 28 cas.

La taille moyenne de la pièce était de l'ordre de 4,51 cm avec des extrêmes allant de 0,5 cm à 9 cm. Le poids moyen était de 28 g avec des extrêmes allant de 3 à 100 g.

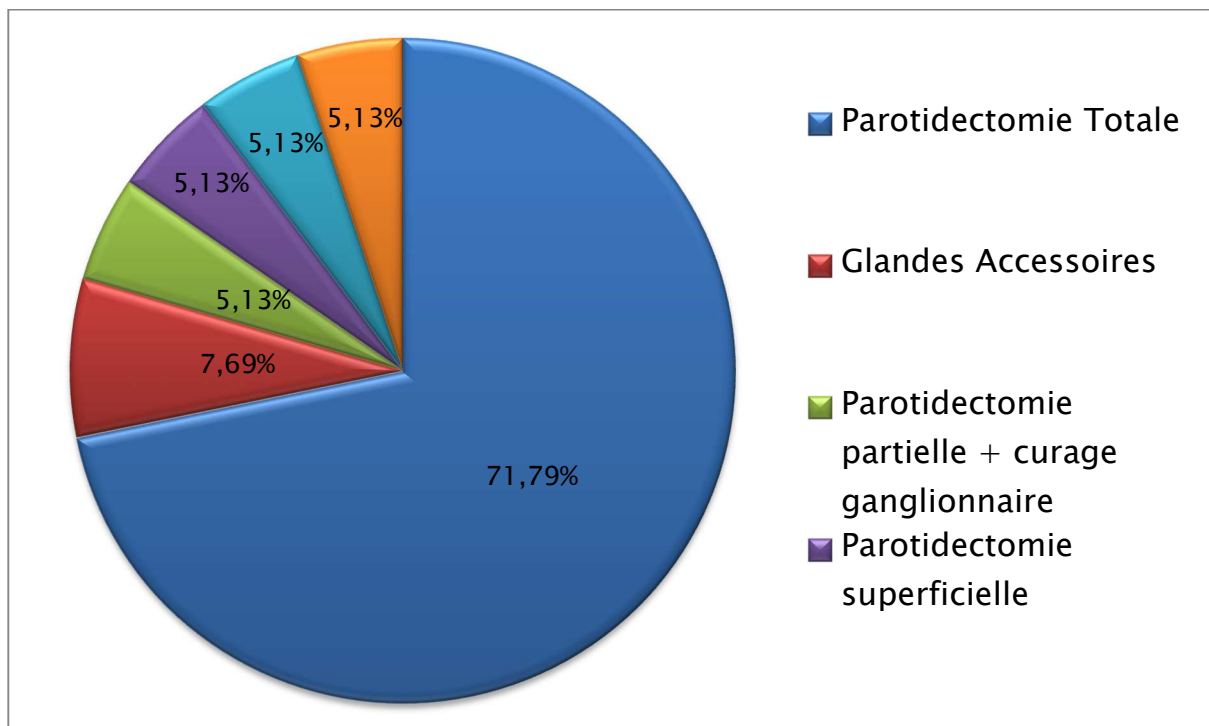


Figure 9 : Répartition des cas selon le matériel d'étude.

2.2. Profil histo-pathologique :

Dans notre étude, le type histologique le plus fréquent était l'adénome pléomorphe avec un taux de 61,82% suivi du carcinome adénoïde kystique dans 14,55% des cas.

Dans 44 cas (80%) la tumeur était bénigne alors que dans 11 cas (20%) la tumeur était maligne.

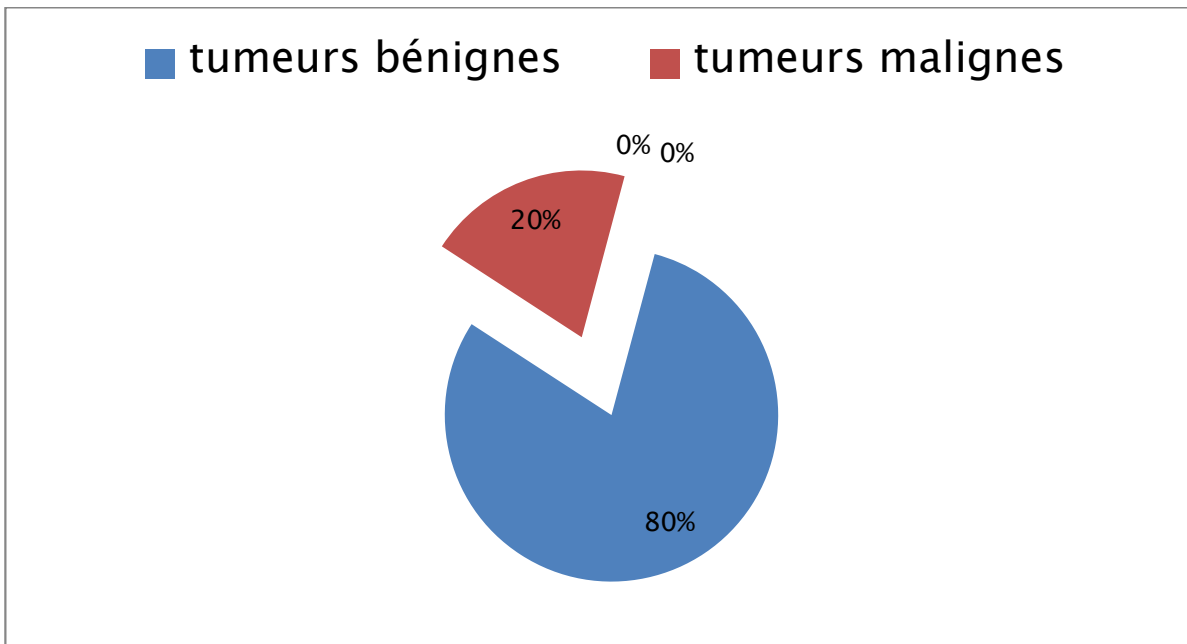


Figure 10 : répartition des tumeurs selon la malignité

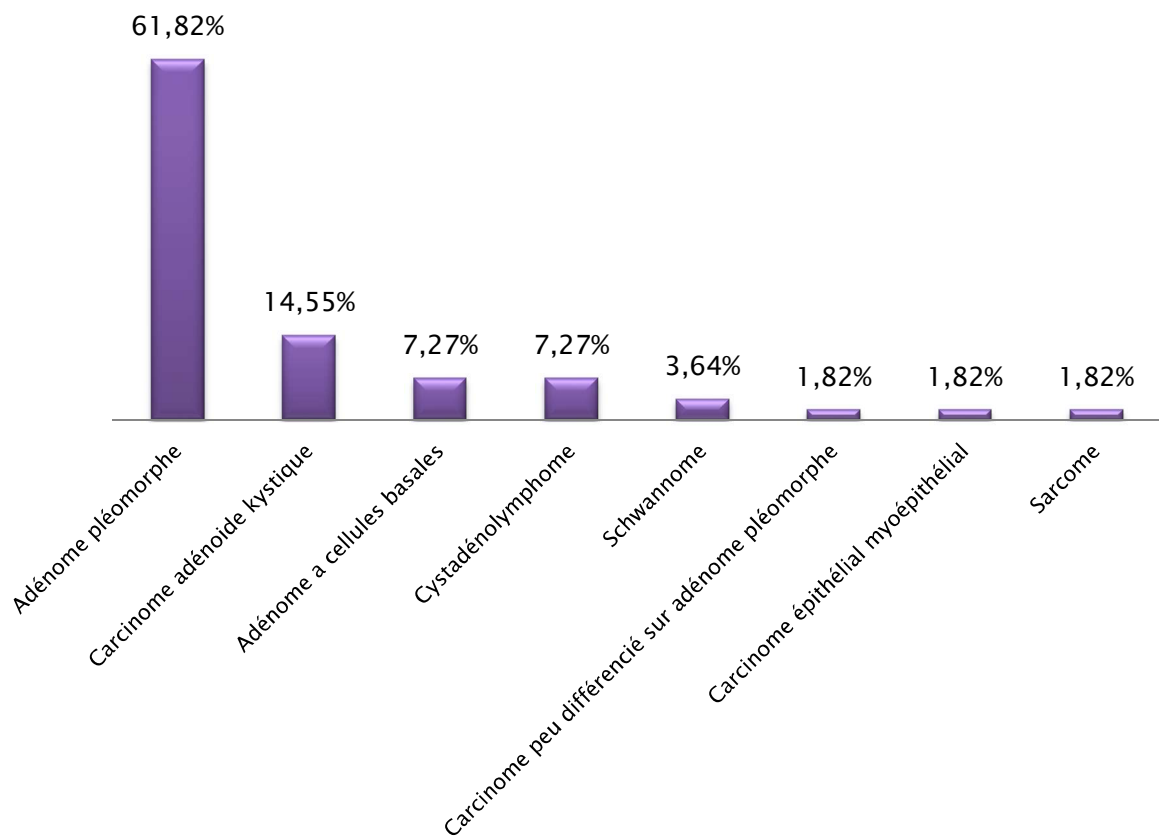


Figure 11 : Répartition des cas selon le type histologique.

a. Tumeurs bénignes :

Dans notre étude l'adénome pléomorphe était la tumeur bénigne la plus fréquente avec un nombre de 34 cas (77,27% de l'ensemble des tumeurs bénignes) suivie du cystadénolymphome dans 4 cas (9.09%), l'adénome à cellules basales dans 4 cas (9.09%) et le schwannome dans 2 cas (4.55%).

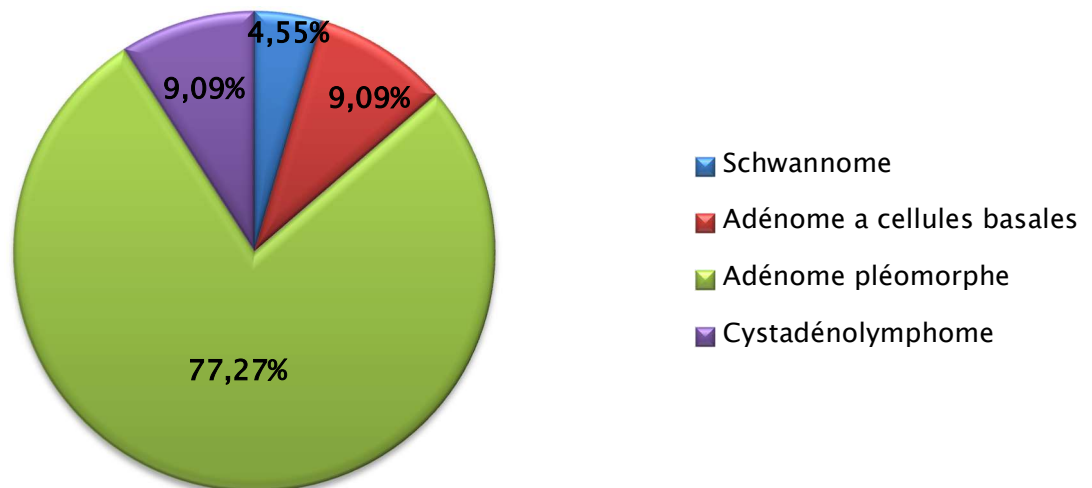


Figure 12 : Répartition des tumeurs bénignes des glandes salivaires

a.1. Adénome pléomorphe :

Il s'agit de la tumeur la plus fréquente, elle a été objectivée dans 34 cas. Les principales caractéristiques retrouvées étaient les suivantes :

▪ **Macroscopie :**

- Capsule : Tous les adénomes pléomorphes étaient bien limités et encapsulés.
- Aspect : 25 adénomes pléomorphes avaient un aspect myxoïde et 9 un aspect mucoïde.
- La couleur : 30 adénomes pléomorphes étaient de couleur blanchâtre ; 4 de couleur beige.

- La consistance : tous les adénomes pléomorphes étaient de consistance ferme.
 - Remaniements hémorragiques : 3 cas
 - Ganglion lymphoïde réactionnel : 2 cas
- Microscopie :
- Cellules : tous les adénomes pléomorphes présentaient 2 contingents : cellules épithéliales et cellules myoépithéliales.
 - Stroma : 25 adénomes pléomorphes avaient un stroma chondromyxoïde et 9 ont un stroma myxoïde lâche.

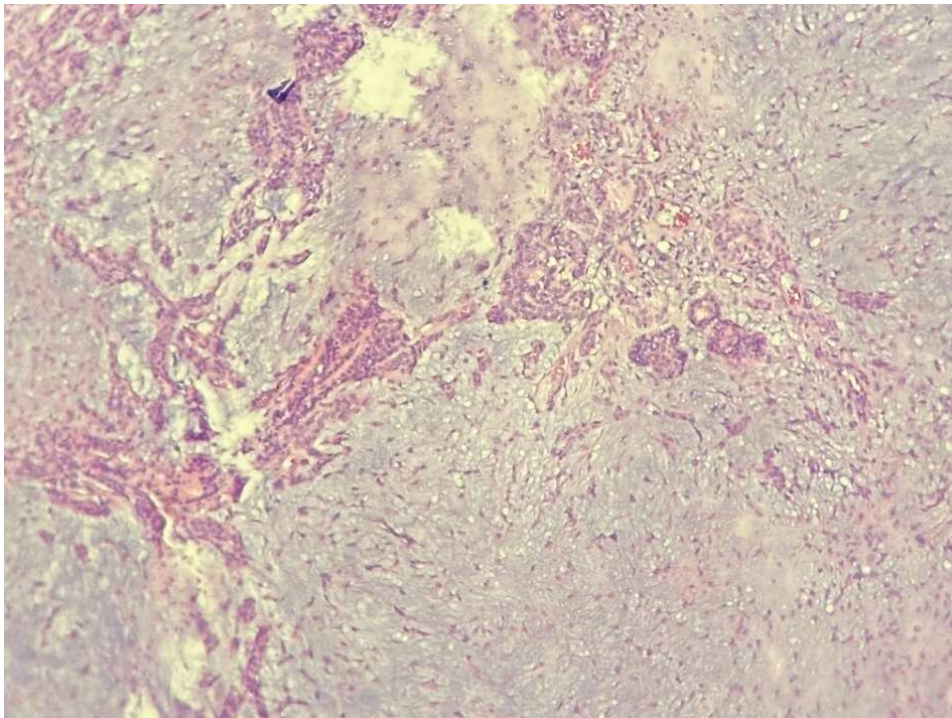


Figure 13: Aspect morphologique d'un adénome pléomorphe des glandes salivaires
(cas du service)

a.2. Cystadénolymphome (tumeur de WARTHIN):

Les principales caractéristiques des 4 cas retrouvés sont :

▪ Macroscopie :

- Capsule : tous les cystadénolymphomes étaient bien limités et encapsulés.
- Aspect : 2 cystadénolymphomes présentaient une formation kystique ; 2 cas présentaient un contenu chocolat.
- Couleur : rosé
- Consistance : molle

▪ Microscopie :

- Cellules : tous les cystadénolymphomes présentaient des papilles de cellules à projection endoluminale ou en métaplasie apocrine.
- Stroma : lymphoïde

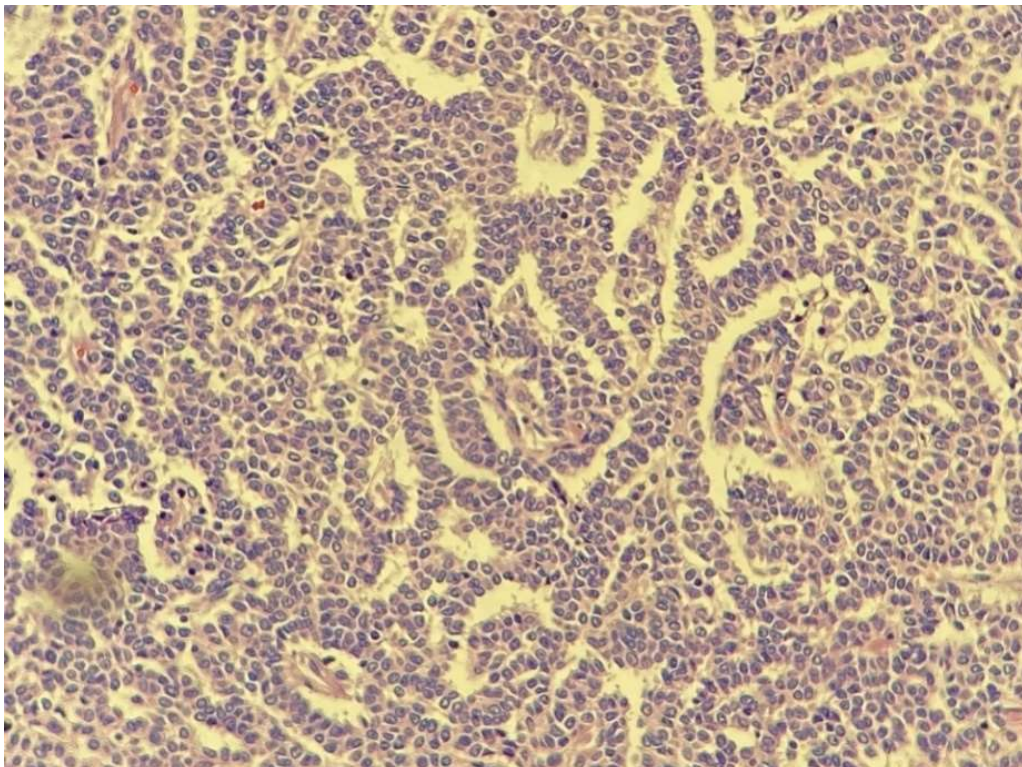


Figure 14: Aspect morphologique d'une tumeur de Warthin (*cas du service*)

a.3. Adénome à cellules basales :

4 Cas ont été diagnostiqués.

▪ Macroscopie :

- Capsule : tous les adénomes à cellules basales étaient bien limités et encapsulés.
- Aspect : formation kystique avec paroi épaisse.
- Couleur : 3 cas étaient beige-rosés et 1 cas de couleur brunâtre.
- Consistance : ferme

▪ Microscopie :

- Cellules : travées de cellules épithéliales basaloïdes bordés par une assise de cellules palissadiques.
- Stroma : fibreux

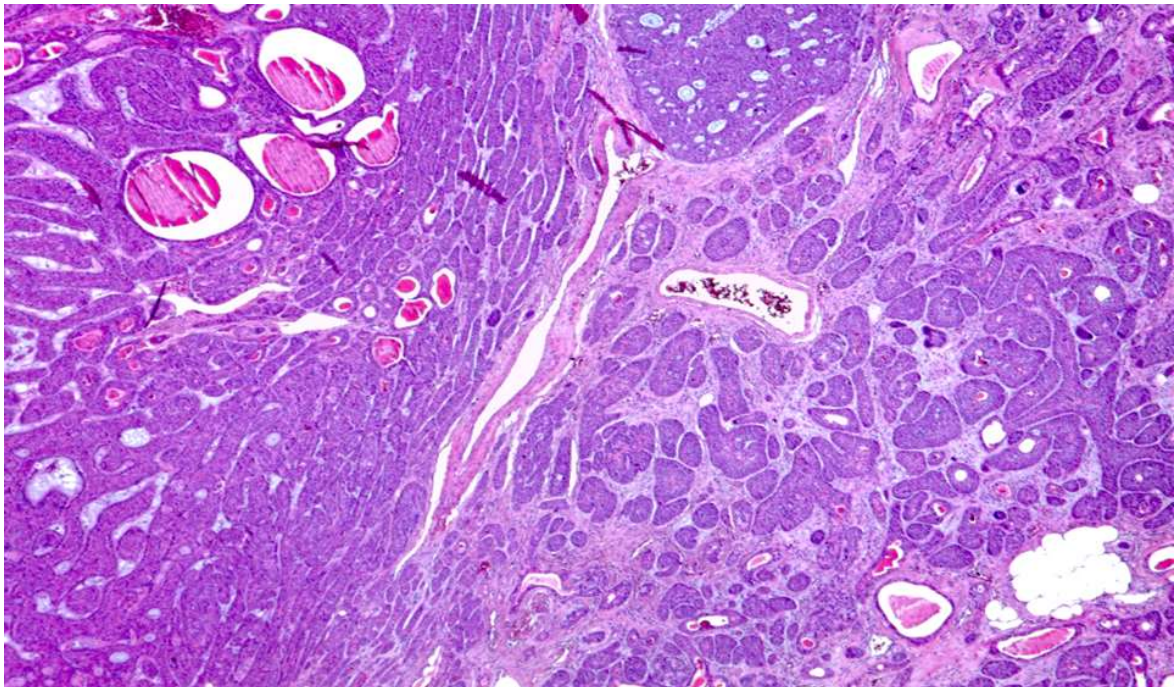


Figure 15: Aspect morphologique d'un adénome à cellules basales (*cas du service*)

a.4. Schwannome :

Ce diagnostic a été porté 2 fois.

▪ Macroscopie :

- Les 2 cas étaient encapsulés, fasciculés, blanchâtres.
- Un cas présentait des remaniements hémorragiques.

▪ Microscopie :

- Les cellules présentaient des noyaux allongés à bord effilé réalisant des nodules de Verocay associés à des zones myxoïdes et kystiques.

▪ L'étude immuno-histochimique :

- montrait une positivité de toutes les cellules tumorales pour l'anticorps anti PS-100 et une négativité de l'anticorps anti actine musculaire lisse et l'anti-cytokératine AE1 /AE3 pour les 2 cas diagnostiqués.

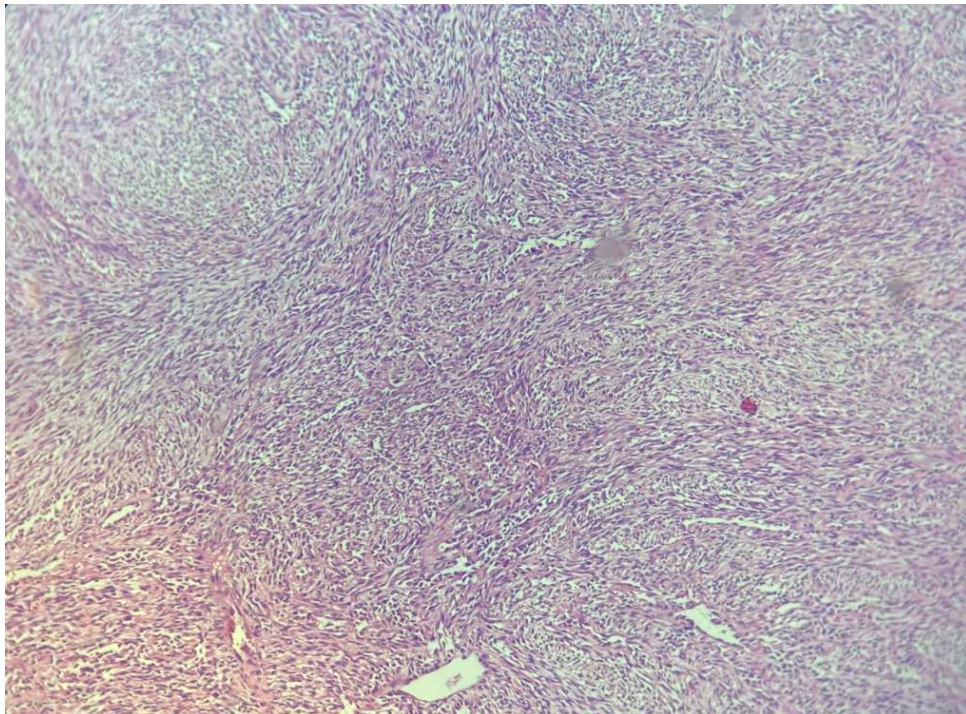


Figure 16: Aspect morphologique du schwannome (*cas du service*)

b. Tumeur Malignes :

Dans notre étude le carcinome adénoïde kystique était la tumeur maligne la plus fréquente avec un nombre de cas égale à 8, soit un taux de 72,73% de l'ensemble des tumeurs malignes, suivi d'un cas de sarcome (9%), un cas de carcinome peu différencié sur adénome pléomorphe, et un cas de carcinome épithélial myoépithélial.

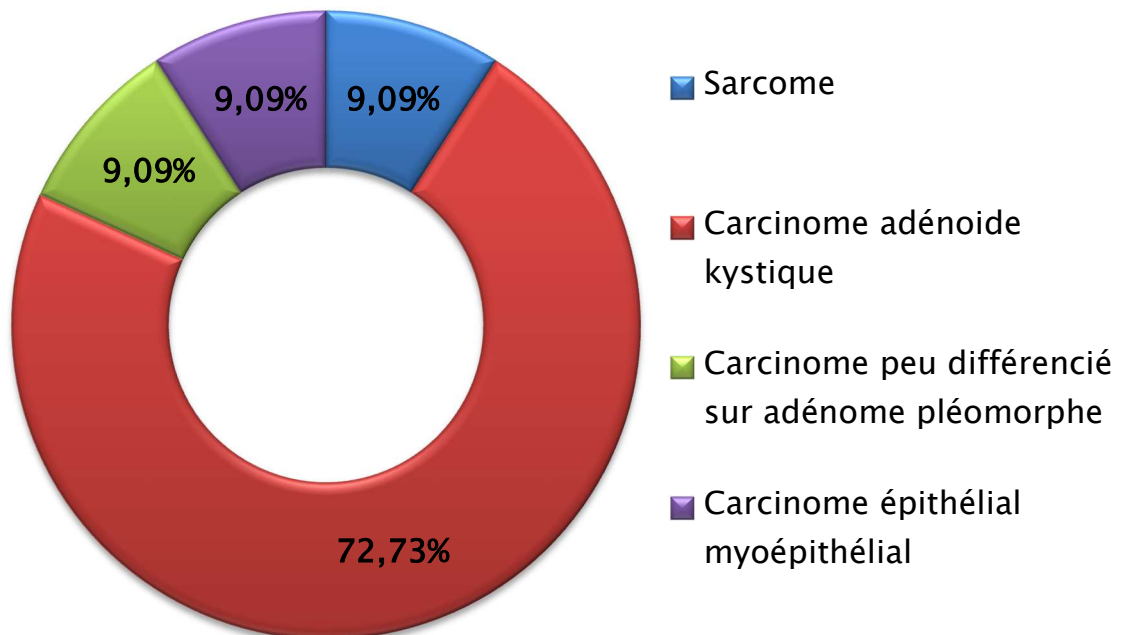


Figure 17 : Répartition selon le type de tumeur maligne

b.1. Carcinome adénoïde kystique - CAK - :

C'est la tumeur maligne la plus fréquente de notre série (8 cas). Les principales caractéristiques retrouvées sont :

- Macroscopie :
 - capsule : tous les CAK étaient non encapsulés.
 - limitation : 6 cas étaient mal limités et seuls 2 cas étaient bien limités.
 - couleur : 4 cas étaient blanc-beiges et 4 étaient rosés.
 - consistance : ferme

▪ Microscopie :

- Cellules : tous les cas présentaient à décrire des cellules canaliculaires et des cellules myoépithéliales avec des noyaux anguleux hyperchromatiques et agencées en formations cribiformes.
- Stroma : hyalin mucoïde

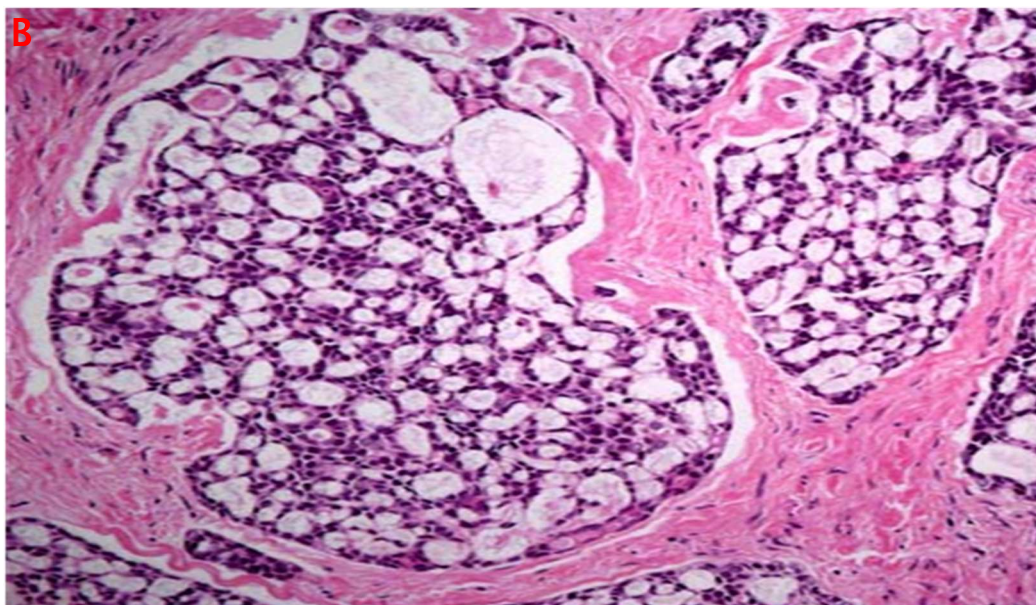
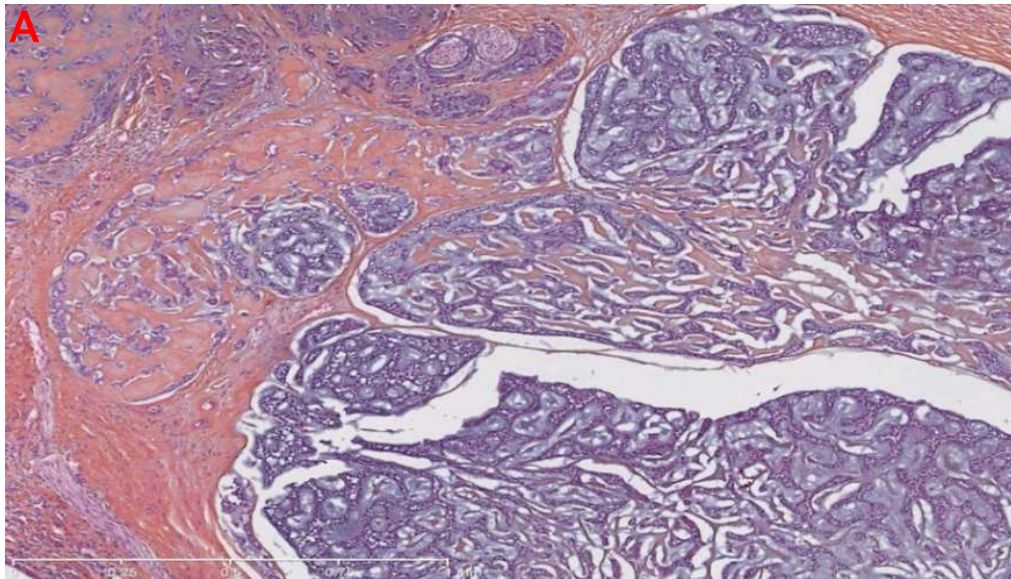


Figure 18: Aspect morphologique du carcinome adénoïde kystique (cas du service – A grossissement x 40 – B grossissement x 200–)

b.2. Carcinome épithélial myoépithélial

Un seul cas a été diagnostiqué dans notre série. Les principales caractéristiques étaient :

- Macroscopie : masse multinodulaire encapsulée
- Microscopie :
 - Cellules : prolifération tumorale agencée en tubes, en nids, en cordons et en amas. Les tubes sont bordés par une double assise cellulaire. Les cellules de la couche luminale sont de taille moyenne munies de noyaux arrondis anisocaryotiques à chromatine finement granuleuse. Le cytoplasme est éosinophile abondant. Les cellules de la couche basale sont munies de noyaux aplatis aux contours parfois irréguliers. Le cytoplasme est clarifié.
 - Stroma : Il était fibro-inflammatoire abondant hyalinisé par endroit. Présence en périphérie de la prolifération d'un liseré de parenchyme séreux régulier.
- Etude immunohistochimique :
 - Anticorps anti-PS100 et anti-CK7 positifs.
 - Anticorps anti-CD20, anti-chromogranine et anti-synaptophysine négatifs.

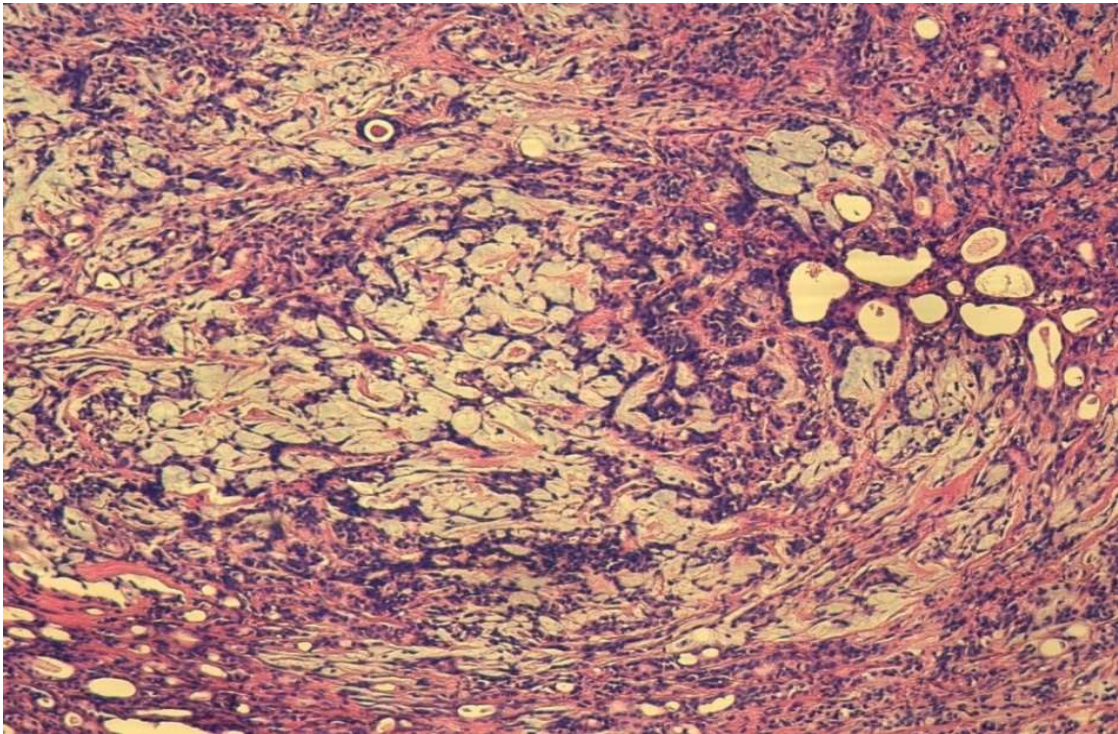


Figure 19: Aspect morphologique du carcinome épithélial myoépithélial (*cas du service*)

b.3. Carcinome peu différencié sur adénome pléomorphe :

Retrouvé dans 1 cas. Les principales caractéristiques histologiques sont :

- Macroscopie :
 - Capsule : bien limité et encapsulé
 - La couleur : blanc jaunâtre
 - La consistance : ferme
 - Remaniements hémorragiques et calciques
- Microscopie :
 - Cellules : prolifération tumorale infiltrante agencée en massifs cribiformes au sein du foyer d'adénome pléomorphe.
 - Stroma : inflammatoire

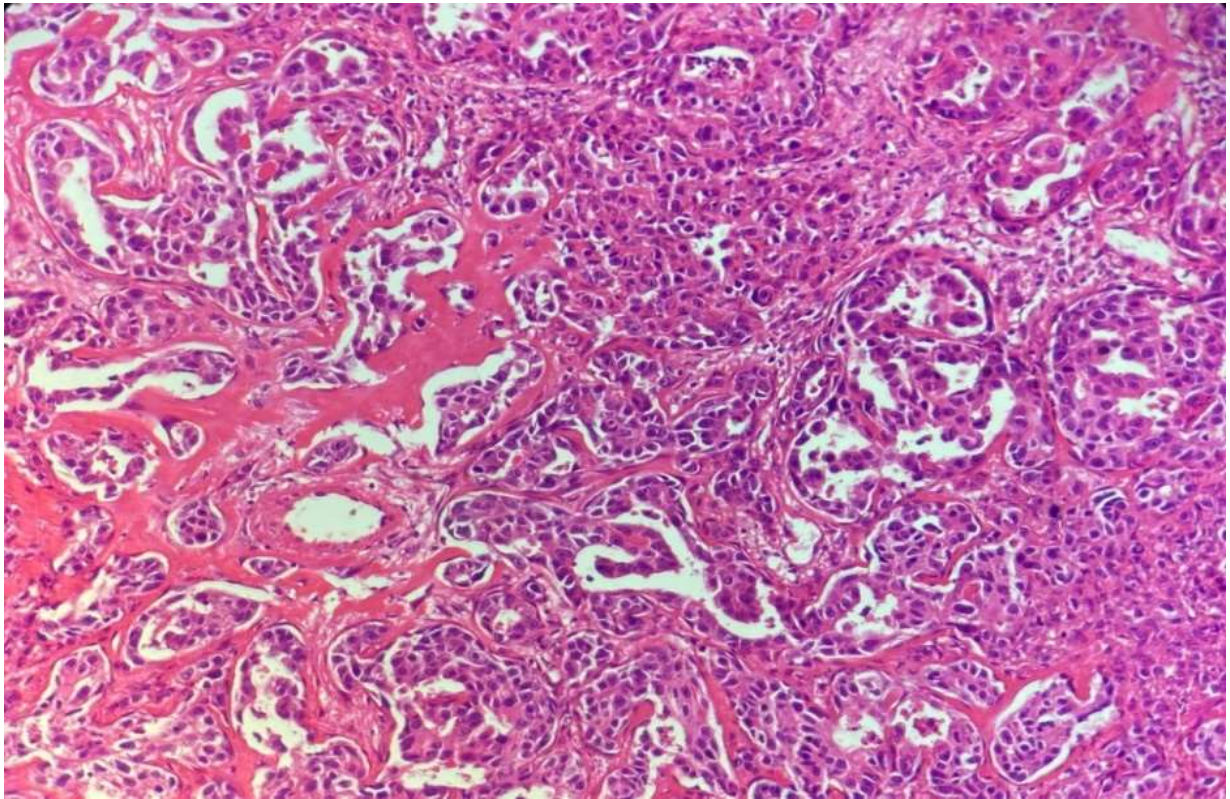


Figure 20: Aspect morphologique du carcinome peu différencié sur adénome pléomorphe (*cas du service*)

b.4. Sarcome :

Un cas a été retrouvé. Il s'agissait principalement de fragment biopsiques.

Les principales caractéristiques histologiques sont :

- Microscopie :
 - Cellules : prolifération tumorale fusocellulaire organisée en faisceaux entrecroisés, les noyaux ovoïdes multinuclées siège de nombreuses mitoses anormales.
 - Stroma : grêle fibreuse renfermant des vaisseaux congestifs.

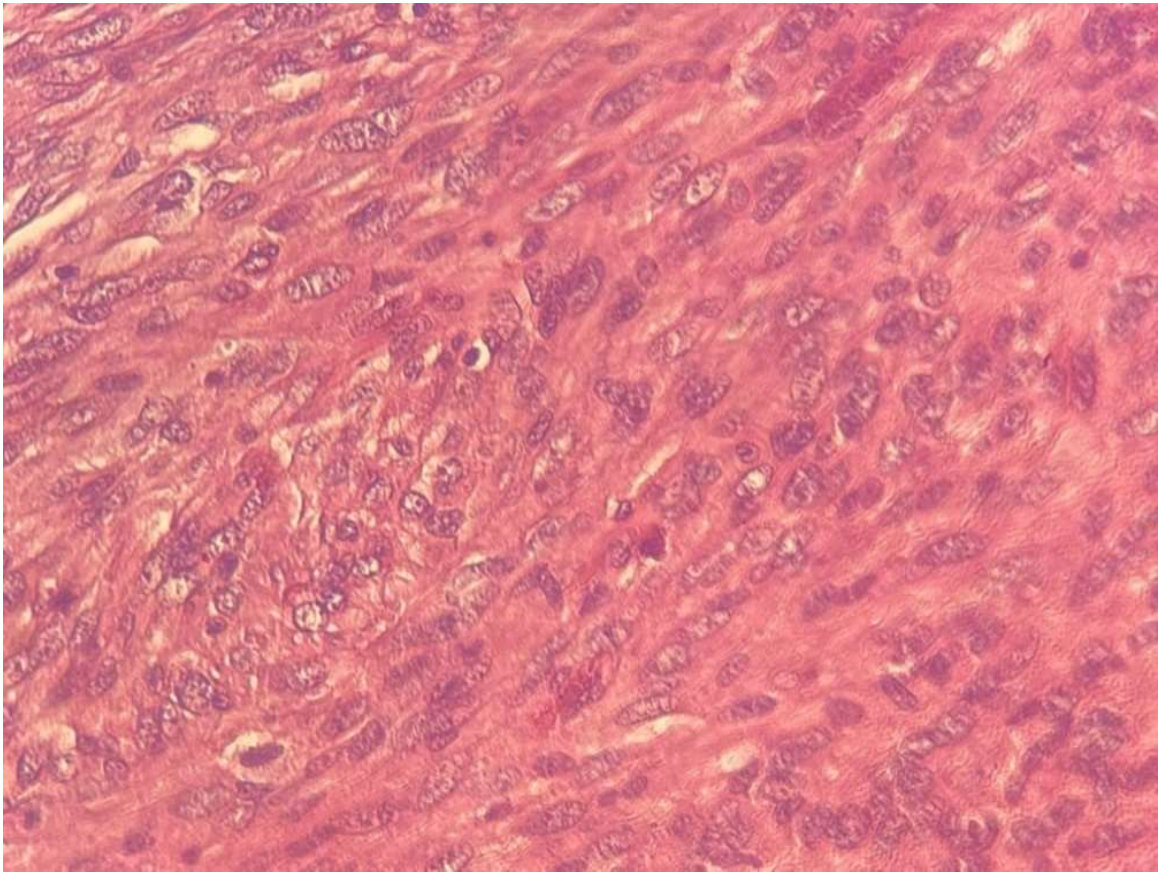


Figure 21: Aspect morphologique d'une prolifération sarcomateuse des glandes salivaires (*cas du service*)

2.3. Limites d'exérèse :

Dans notre étude, la majeure partie des tumeurs ont bénéficié d'une exérèse complète. La qualité d'exérèse des 40 pièces opératoires de tumeurs des glandes salivaires adressées au laboratoire est colligée dans le tableau suivant :

Tableau III: Tableau récapitulatif de la qualité d'exérèse des pièces opératoires

	Exérèse tumorale complète	Exérèse tumorale complète+curage ganglionnaire	Exérèse tumorale incomplète	Exérèse tumorale incomplète+curage ganglionnaire	Total général
Adénome a cellules basales	4	-	-	-	4
Adénome pléomorphe	18	-	6	-	24
Carcinome adénoïde kystique	4	2		1	7
Carcinome peu différencié sur adénome pléomorphe	1	-	-	-	1
Carcinome épithélial myoépithélial	1	-	-	-	1
Cystadénolymphome	1	-	3	-	4
Total général	29	2	9	1	41

2.4. Profil ganglionnaire :

Le curage ganglionnaire n'a été effectué, initialement, que sur 3 cas de carcinome adénoïde kystique. Le résultat était N0, N1c, N2c selon la classification TNM.

2.5. Classification TNM :

La classification TNM est utilisée pour les tumeurs malignes. Elle a été comme suit :

Tableau IV: Classification TNM des tumeurs malignes

	Nombre de TNM
Carcinome adénoïde kystique	8
pT2 Nx Mx	3
pT2NxMx	1
pT3 N0 Mx	1
pT3 N1 Mx	1
pT3 N2c Mx	1
pT4a Nx Mx	1
Carcinome peu différencié sur adénome pléomorphe	1
pT3 Nx Mx	1
Carcinome épithélial myoépithélial	1
pT2 Nx Mx	1
Sarcome	1
pT2 Nx Mx	1
Total général	11

IV. Analyse comparative des résultats selon le type histologique :

1. Répartition des tumeurs selon l'âge:

Dans notre série, la majorité des tumeurs surviennent chez le sujet adulte, sauf pour le schwannome qui survient chez le jeune.

Tableau V: Répartition des tumeurs selon l'âge

	Nombre	Age minimum	Age maximum	Moyenne
Adénome pléomorphe	34	29	74	49,12
Carcinome adénoïde kystique	8	23	70	50,38
Cystadénolymphome	4	42	65	54,25
Adénome a cellules basales	4	36	61	50,00
Schwannome	2	10	20	15,00
Carcinome peu différencié sur adénome pléomorphe	1	-	-	70,00
Carcinome épithélial myoépithélial	1	-	-	63,00
Sarcome	1	-	-	63,00
Total général	55	10	74	49,38

2. Répartition des tumeurs selon le sexe :

Tous les types histologiques prédominaient chez la femme, sauf pour le cystadénolymphome qui était plus fréquent chez l'homme.

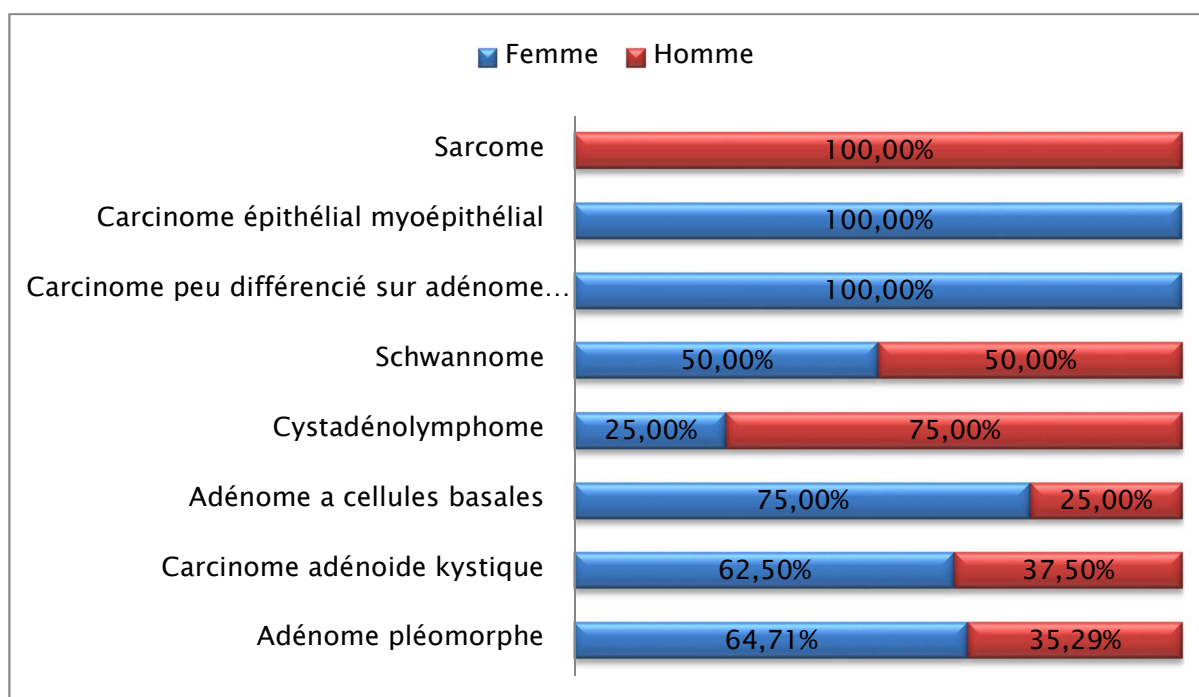


Figure 22 : Répartition des tumeurs selon le sexe

3. Répartition des tumeurs selon la localisation :

Dans notre étude la localisation parotidienne était la plus fréquente avec 36 cas répertoriés.

Tableau VI: Récapitulatif des tumeurs selon la localisation

	Parotide	Glande sous- mandibulaire	Glande sub linguale	Glandes salivaires accessoires					Total général
				Jugale	Langue	Lèvre	Menton	Palais	
Adénome a cellules basales	4	-	-	-	-	-	-	-	4
Adénome pléomorphe	23	4	-	2	-	2	1	2	34
Carcinome adénoïde kystique	2	1	1	-	1	-	-	3	8
Carcinome peu différencié dans un adénome pléomorphe	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Carcinome épithélial myoépithélial	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Cystadénolymphome	4	-	-	-	-	-	-	-	4
Sarcome	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Schwannome	2	-	-	-	-	-	-	-	2
Total général	36	6	1	3	1	2	1	5	55

4. Taille moyenne des tumeurs diagnostiquées

La taille tumorale était variable selon le type histologique, elle va d'une moyenne de 2 cm pour le sarcome jusqu'à 8,75 cm pour le schwannome.

Tableau VII: Taille tumorale selon le type histologique.

	Nombre	Taille moyenne
Adénome a cellules basales	4	3,75
Adénome pléomorphe	31	4,93
Carcinome adénoïde kystique	8	4,12
Carcinome peu différencié sur adénome pléomorphe	1	7
Carcinome épithélial myoépithélial	1	4
Cystadénolymphome	4	5,25
Sarcome	1	2
Schwannome	2	8,75

V. Traitement et Evolution

1. Traitement chirurgical :

Dans notre étude, 41 patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical, les modalités chirurgicales sont :

- Exérèse tumorale complète dans 29 cas
- Exérèse tumorale complète avec curage ganglionnaire dans 2 cas
- Exérèse tumorale incomplète dans 9 cas
- Exérèse tumorale incomplète avec curage ganglionnaire dans 1 cas

2. Radiothérapie :

Dans notre étude une radiothérapie complémentaire a été réalisée chez 5 patients présentant un carcinome adénoïde kystique au niveau du service de Radiothérapie du Centre d'onco-Hématologie relevant du CHU Mohammed VI de Marrakech.

3. Evolution :

Dans notre travail, 6 cas de récurrence ont été notés avec des délais variables allant de 1 à 3 ans.

Il s'agit de :

- 3 cas d'adénome pléomorphe.
- 2 cas de carcinome adénoïde kystique.
- Et 1 cas de Carcinome épithélial myoépithélial.

Tableau VIII: Répartition des récurrences selon le type histologique.

TYPE HISTOLOGIQUE	RECIDIVE	DELAI
Adénome pléomorphe	Oui	1 an
Adénome pléomorphe	Oui	3ans
Adénome pléomorphe	Oui	Non précisé
Carcinome adénoïde kystique	Oui	3ans
Carcinome adénoïde kystique	Oui	2ans
Carcinome épithéliale myoépithélial	Oui	Non précisé



DISCUSSION



I. ANATOMIE ET EMBRYOLOGIE DES GLANDES SALIVAIRES [1]

Les glandes salivaires se subdivisent en glandes salivaires principales (parotide, sous mandibulaire et sublinguale) et des glandes salivaires accessoires situées dans l'ensemble de la cavité buccale, au sein des muqueuses palatine, labiale jugale, pelvi-buccale mais aussi au niveau de la partie postérieure et marginale antérieure de la langue.

1. Les glandes salivaires principales :

1.1. La glande Parotide :

D'origine ectodermique, la parotide naît dans la cavité buccale sous la forme de bourgeons épithéliaux. Elle est la première glande salivaire principale à s'individualiser anatomiquement, vers la cinquième, sixième semaine de développement, après rupture de la membrane pharyngée sur le versant ectodermique de la jonction endo-ectodermique de la cavité buccale. Les canalicules salivaires apparaissent vers la douzième semaine ; ils sont entourés de cellules mésenchymateuses: les cellules myoépithéliales. Les acini s'individualisent vers la vingt-huitième semaine de développement. Le rôle des cellules myoépithéliales est lié à la présence dans leur cytoplasme de fibrilles myoïdes qui contactent acini et canalicules au moment de la sécrétion sous la dépendance de stimuli nerveux. Les cellules myoépithéliales jouent un rôle primordial dans la constitution des différentes variétés de tumeurs salivaires (Adénome pléomorphe, monomorphe et cylindrôme). La parotide est d'encapsulation tardive, en règle vers le troisième mois de développement, d'où l'incorporation possible de tissu lymphoïde (tissu en nappe ou ganglions). De même, il existe parfois des tubes ou des acini salivaires dans des ganglions lymphatiques, en général proche de la parotide. Le feuillet superficiel du fascia cervical profond recouvre la glande formant la loge parotidienne.

Le nerf facial intra parotidien traverse la glande, la divisant en deux lobes (superficiel et profond, sans réelle division au plan chirurgical)

1.2. La glande sous maxillaire: [2,3,4]

Elle occupe toute la loge sous mandibulaire qui est située dans la partie latérale de la région sus hyoïdienne. Elle a la forme d'une amande à grand axe oblique en bas, en avant et en arrière parallèle au bord inférieur de la mandibule. La glande sous mandibulaire peut déborder les limites de sa loge et émettre des prolongements qui s'insinuent dans les interstices des parois.

1.3. La glande sublinguale [5] :

La glande sublinguale est la troisième glande salivaire principale. Elle est la plus petite, de forme allongée, d'environ 3cm, et se situe dans la région sublinguale. Elle pèse 2 à 3g et étend son amas de lobules glandulaires de chaque côté de la langue, entre le canal de Wharton et la branche horizontale de la mandibule.

2. les glandes salivaires accessoires: [6]

Ces glandes dites mineures sont très nombreuses et disséminées sur toute la surface de la muqueuse buccale, excepté au niveau des gencives, du vermillon des lèvres et de la partie antérieure du palais osseux. Il s'agit de petites formations glandulaires muqueuses et plus rarement séreuses de 1 à 2 mm de diamètre, qui se drainent dans la muqueuse buccale par des orifices microscopiques, elles sont constituées d'amas cellulaires, leurs existences et leurs situations sont variables en fonction des individus. Elles sont surtout nombreuses à la face interne de la lèvre inférieure, à la face interne de la joue, autour du conduit parotidien et dans la muqueuse du voile du palais. Ces glandes labiales, jugales, palatines, vélaires, linguales, dorsales ou marginales secrètent une quantité de salive négligeable par rapport au volume total salivaire. Elles sont constituées de grappes d'acini unilobulaires ou pauci-lobulaires (2 ou 3 lobules séparés par du conjonctif). Elles sont formées de cellules muqueuses, séreuses ou mixtes. Une couche de cellules myoépithéliales, douées d'une activité musculaire contractile,

circonscrit ces acini, qui déversent leurs sécrétions dans des canaux excréteurs. Ces glandes par leur sécrétion assurent l'humidification permanente de la cavité buccale.

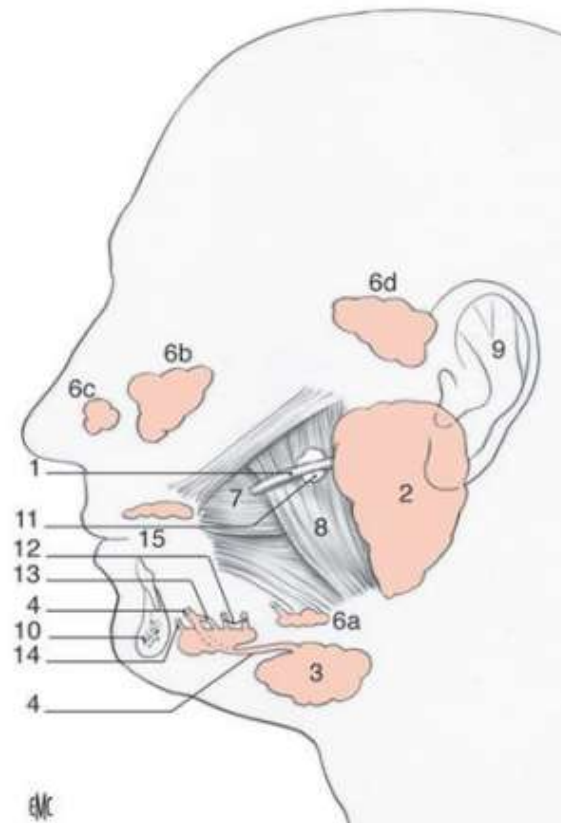


Figure 23 : Vue latérale schématique des glandes salivaires et des canaux du côté gauche.

1. Canal parotidien, 2. Glande parotidienne, 3. Glande sub-mandibulaire, 4. Canal de Wharton, 5. Glande sublinguale, 6. Glandes salivaires accessoires : buccales (a), palatines (b), nasales (c), nasopharyngées (d), 7. Muscle buccinateur, 8. Muscle masséter, 9. Auricule de l'oreille, 10. Mandibule, 11. Glande salivaire accessoire et canal se jetant dans le canal parotidien, 12. Canal sub-lingual postérieur, 13. Canal sub-lingual, 14. Canal sublingual antérieur, 15. Cavité buccale.

3. Les localisations ectopiques: [6]

De nombreuses localisations ectopiques de tissu salivaire ont été décrites en parti expliqué par le développement embryologique particulier de l'appareil branchial. Ce tissu ectopique siège préférentiellement en région latéro-cervicale, entre l'oreille et l'extrémité interne de la clavicule.

II. Histologie [7, 8]

Les glandes salivaires sont composées de différentes portions :

- Sécrétoire : ce sont les acini glandulaires et les canaux striés (ces derniers ayant aussi un rôle d'absorption de l'eau et des ions).
- Excrétoire : ce sont les canaux intercalaires intralobulaires (en association avec les cellules myoépithéliales qui coiffent la glande).

Ces portions sont mises en évidence dans les schémas suivants :

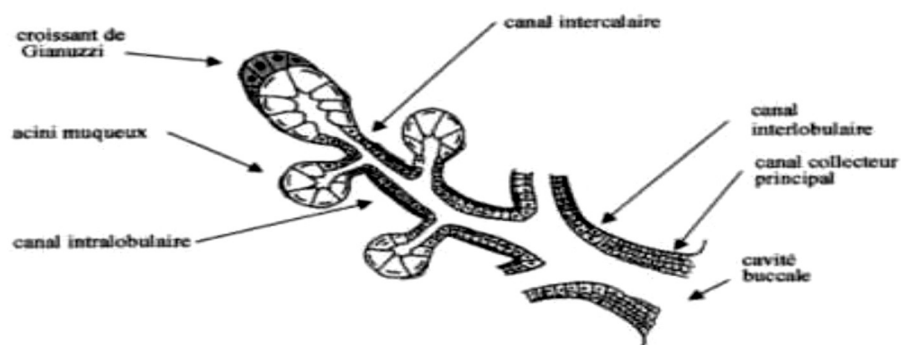


Figure 24 : Représentation schématique de l'organisation du système excréteur [8]

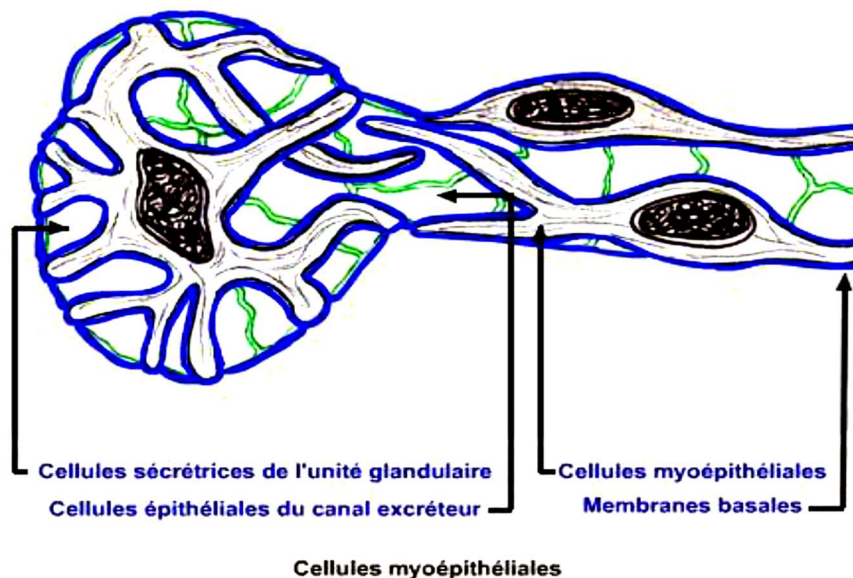


Figure 25 : Représentation schématique des cellules myoépithéliales [9]

1. La glande parotide :

Cette glande est acineuse, séreuse pure. Elle présente des canaux intercalaires (qui se ramifient) et striés (excréto-sécréteurs résultant de la confluence des précédents) qui sont intralobulaires.

Ces acini présentent des lumières étroites caractéristiques, acini entre lesquels se trouvent des amas de cellules adipeuses.

D'autres aspects typiques de cette glande sont :

- L'épithélium isoprismatique des canaux intercalaires
- La forme sensiblement pyramidale des cellules de l'épithélium des acini séreux,
- Les noyaux des cellules acineuses ronds et situés au pôle basal,
- Le tissu conjonctif peu abondant, lâche, dans lequel on retrouve des fibrocytes et des capillaires.

2. La glande submandibulaire :

Cette glande est mixte, séro-muqueuse à dominante séreuse. Les unités sécrétoires sont des acini séreux ou des tubules muqueux à coiffe terminale séreuse en forme de croissant (de Von Ebner ou de Gianuzzi) (Figure 26). Ce croissant va former un dispositif de rinçage de la glande par la sécrétion de la salive aqueuse qu'il produit. Là aussi des travées de tissu conjonctif vont délimiter des lobules. Cependant, il est à noter plusieurs différences avec la glande parotide:

- Les canaux collecteurs présents dans le tissu conjonctif sont plus larges,
- Le tissu conjonctif interlobulaire fibreux se poursuit par un tissu conjonctif intralobulaire réticulaire.

Les noyaux des cellules acineuses séreuses sont ronds en position basale, tandis que ceux des cellules acineuses muqueuses sont fusiformes.

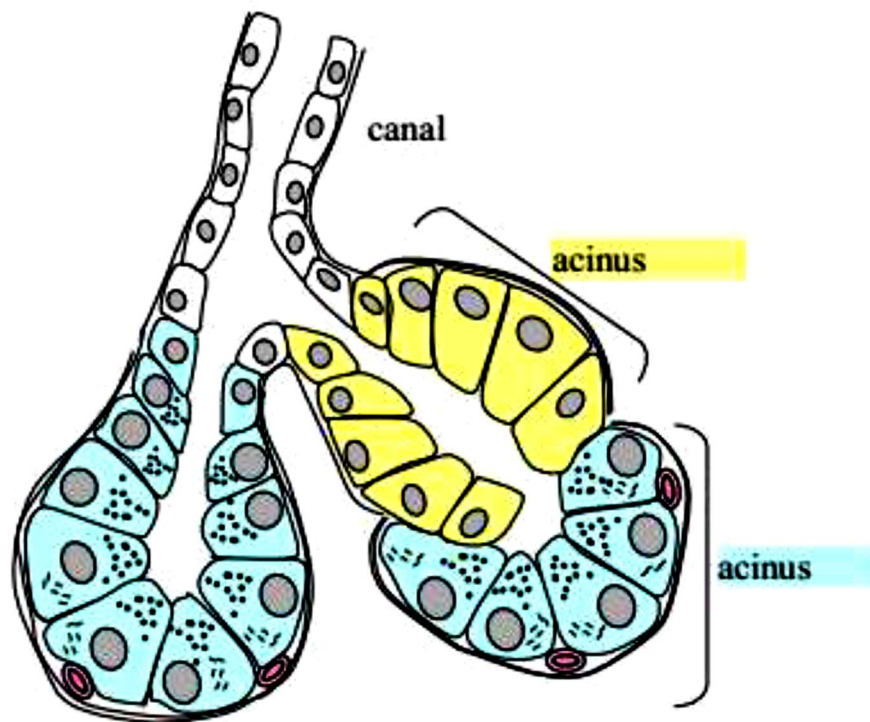


Figure 26 : Représentation schématique d'une coiffe terminale séreuse en forme de Croissant de Gianuzzi. [9]

3. La glande sublinguale :

Cette glande est mixte muco-séreuse à dominante muqueuse. Elle est constituée d'un complexe glandulaire comprenant environ 50 glandes individuelles, ayant chacune son propre canal excréteur. Dans ces glandes, les canaux intercalaires et striés sont très peu visibles sur les coupes histologiques, car ils peuvent être absents ou très courts. On y retrouve du tissu conjonctif interlobulaire fibreux comme dans la glande submandibulaire.

Contrairement à la glande parotide, les canaux excréteurs sont formés par un épithélium bistratifié cylindrique. Les noyaux des cellules acineuses séreuses sont, tout comme au niveau de la glande submandibulaire, de forme ronde et basaux tandis que les noyaux des cellules acineuses muqueuses sont fusiformes. Les noyaux des cellules des croissants séreux sont ronds quant à eux.

4. Concernant l'ensemble des glandes salivaires :

Dans les glandes salivaires sont observées des cellules myoépithéliales, qui sont d'origine épithéliale mais qui ressemblent morphologiquement et fonctionnellement aux cellules musculaires lisses. Elles présentent une forme étoilée. Elles sont situées entre la membrane basale, la base des cellules glandulaires et des cellules des canaux intercalaires. Elles possèdent un rôle important dans le mécanisme d'expulsion des produits sécrétés, de par leur action contractile.

III. Epidémiologie des tumeurs des glandes salivaires :

1. Fréquence :

Les tumeurs des glandes salivaires sont rares, l'incidence annuelle est de 1/100 000 personnes, et représente 3 à 5 % des tumeurs de la tête et du cou [5, 8].

Plusieurs équipes se sont intéressées à ce sujet. Ainsi, dans la série de Oukabli, 105 cas ont été colligés sur une période de 9 ans [10] , Jorge et al [11] a retrouvé 295 cas sur une période de 11 ans, F.Malika [12] a objectivé 148 cas , 19 cas dans la série de S. Sajad [13] alors que dans notre étude 55 cas ont été colligés sur une période de 6 ans. Le tableau ci-dessous rapporte les différentes études ayant traitées du sujet.

Tableau IX: répartition selon le taux selon la littérature.

	Pays	Durée	Nombre de cas
M.Oukabli[10]	Maroc (Rabat)	9 ans	105
S. Sajad[13].	USA	20 ans	19
F.Malika[12]	Maroc (Casablanca)	6 ans	148
P.Jorge[11]	Portugal	11 ans	295
Notre série	Maroc (Marrakech)	6 ans	55

2. Sexe :

Toutes les études ont rapporté une légère prédominance féminine allant de 59% dans la série de F.Malika [12] à 52 % dans la série de Jorge [11]. Dans notre série, la prédominance féminine était encore plus nette avec 62 %.

Tableau X: Répartition selon le sexe dans la littérature

	Féminin	Masculin
M.Oukabli[10]	58%	42%
S.Sajad[13]	57%	43%
F.Malika[12]	59%	41%
P.Jorge[11]	52%	48%
Notre série	62%	38%

3. Age :

La moyenne d'âge des patients suivis des tumeurs salivaires dans les différentes études était vers la 4^{ème} - 5^{ème} décade avec une moyenne d'âge la plus basse de 42 ans pour la série d'Oukabli [9] et la plus élevée dans la série S.Sajad [10] avec 54,4 ans. Dans notre étude l'âge moyen était de 49,38 ans. Le tableau suivant résume la moyenne d'âge trouvée dans les différentes études :

Tableau XI: Répartition de l'âge selon la littérature.

	Age moyen
M.Oukabli[10]	42
S.Sajad[13]	54,4
F.Malika[12]	51
P.Jorge[11]	50,4
Notre série	49,38

IV. Présentation clinique: (14)

Les tumeurs salivaires, notamment de la parotide, peuvent se présenter, cliniquement, de plusieurs manières.

1. Le nodule intra- parotidien isolé :

C'est le tableau le plus fréquent, très évocateur d'un adénome pléomorphe. En général, le tableau clinique se caractérise par un nodule, de 10 à 20 mm de diamètre, unique au sein de la glande par ailleurs normale. L'aspect est ferme ou dur, indolore, régulier de contour ou bosselé mais circonscrit. Ce nodule est isolé, sans aucun signe d'accompagnement. L'examen anatomopathologique, effectué à partir de la pièce de parotidectomie, confirme l'hypothèse clinique bien probable d'un adénome pléomorphe [15].

Parfois néanmoins, cet examen conclut à une autre variété de tumeur bénigne, ou parfois même à une tumeur maligne, notamment, un carcinome mucoépidermoïde (CME) ou un carcinome adénoïde kystique (CAK). Une telle tumeur peut donc se manifester sous un aspect rassurant. Cette notion fondamentale renforce le bien fondé d'une parotidectomie effectuée dans un délai raisonnable.

2. Le Nodule avec signes d'accompagnement :

Le constat d'une paralysie faciale souvent partielle ou d'adénopathie cervicale indolore et dure associé à un nodule oriente sur la malignité très probable de la tumeur.

Moins classique, l'aspect inflammatoire de la peau en regard du nodule et surtout son caractère douloureux doivent être tenu pour éminemment suspect de malignité. [16]

3. La masse kystique :

Une masse de siège parotidien dépressible ou tendue mais kystique, dont le volume varie au gré de poussées inflammatoires avec sensation de gêne et quelques signes cutanés mineurs, oriente, plutôt, sur un cystadénolymphome papillaire. [16]

V. Données radiologiques :

1. Echographie :

C'est un examen simple, non invasif et peu coûteux. Longtemps considérée comme un examen clé de l'exploration des tumeurs des glandes salivaires, l'échographie est maintenant considérée d'un intérêt limité.

Toutefois, certains critères échographiques, peuvent aider dans la distinction entre tumeur bénigne et tumeur maligne dont l'homogénéité de la tumeur et l'aspect bien limité de la tumeur.



Figure 27: Echographie d'une tumeur amygdalienne droite, de type solide, hypoéchogène homogène [17]

2. Tomodensitométrie (TDM) :

Elle permet de réaliser un diagnostic topographique en localisant la tumeur avec précision. Cet examen a perdu une part importante de son intérêt avec l'apparition de l'IRM [18]. Néanmoins, la TDM reste d'une grande utilité dans l'appréciation de la destruction osseuse dans les cas de tumeurs malignes.

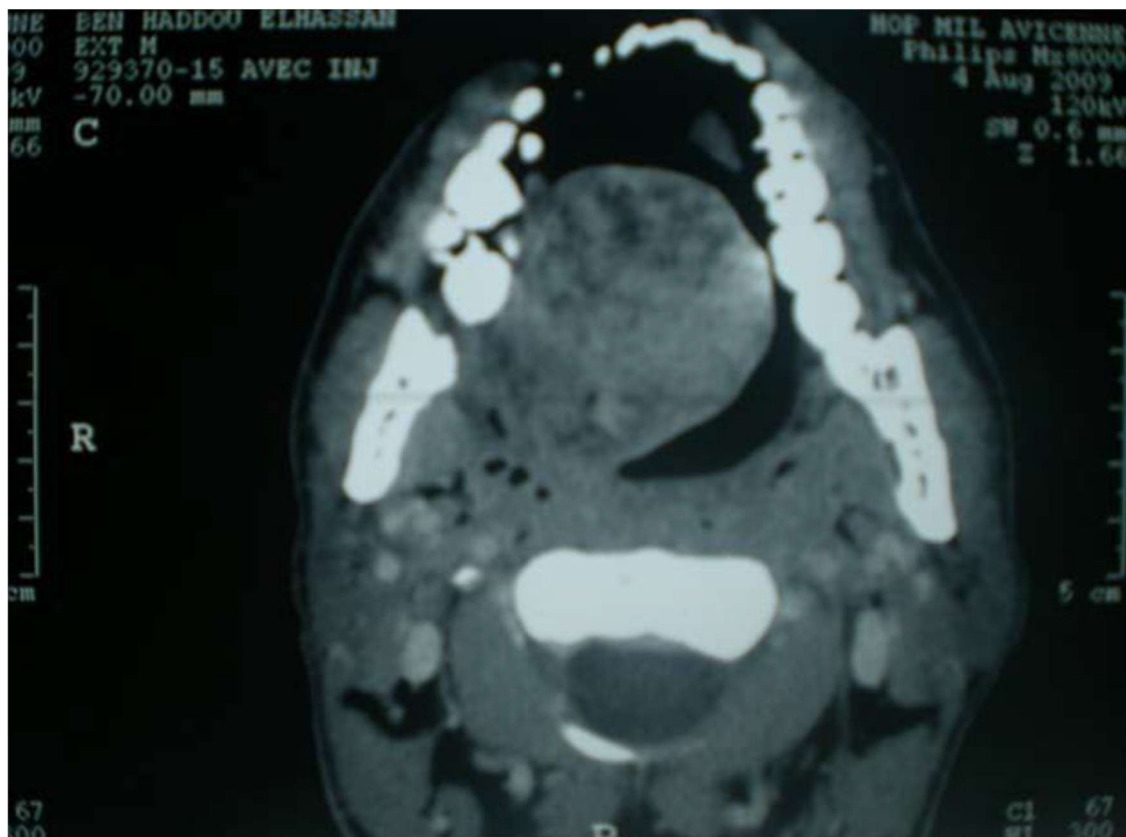


Figure 28: TDM d'un adénome pléomorphe palais [17]

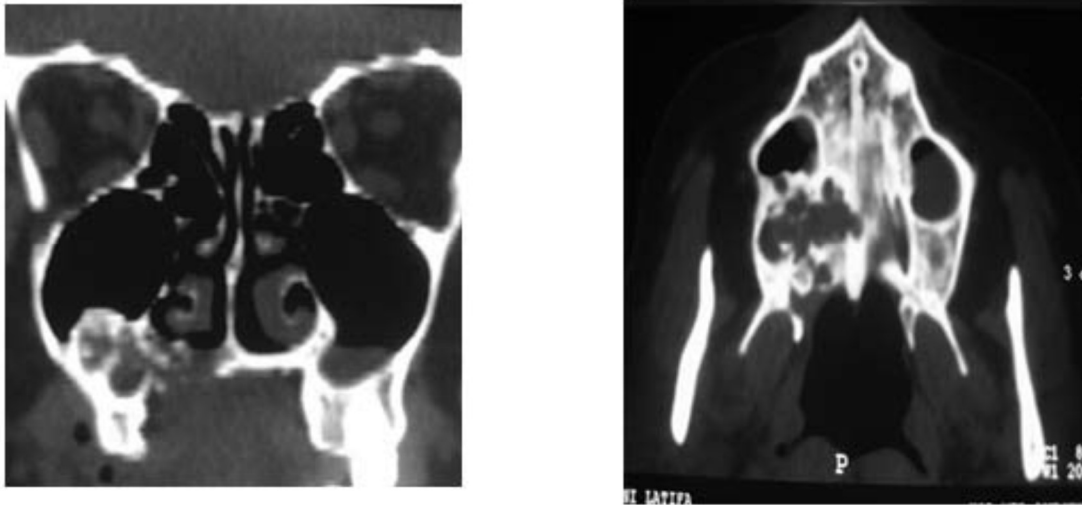


Figure 29: TDM d'un processus lytique hétérogène intra-maxillaire droit correspondant à un carcinome mucoépidermoïde [17]

3. Imagerie par résonance magnétique (IRM) :

Cet examen est indispensable pour une étude préopératoire des processus tumoraux et pseudo-tumoraux [19]. Elle permet d'éliminer les lésions de contiguïté. Elle permet aussi de distinguer les lésions tissulaires des lésions kystiques [20].

Une revue de littérature a été publiée par Halimi et coll en 2005, confirmant le caractère incontournable de l'IRM pour préciser la nature bénigne ou maligne de la tumeur [21].

En comparaison avec le scanner outre le coût relativement élevé de l'IRM, le désavantage de cet examen est sa susceptibilité aux artefacts de mouvement et sa faible délimitation de l'os cortical. En effet, lorsqu'il s'agit d'une érosion osseuse, le TDM est nécessaire [22.23].

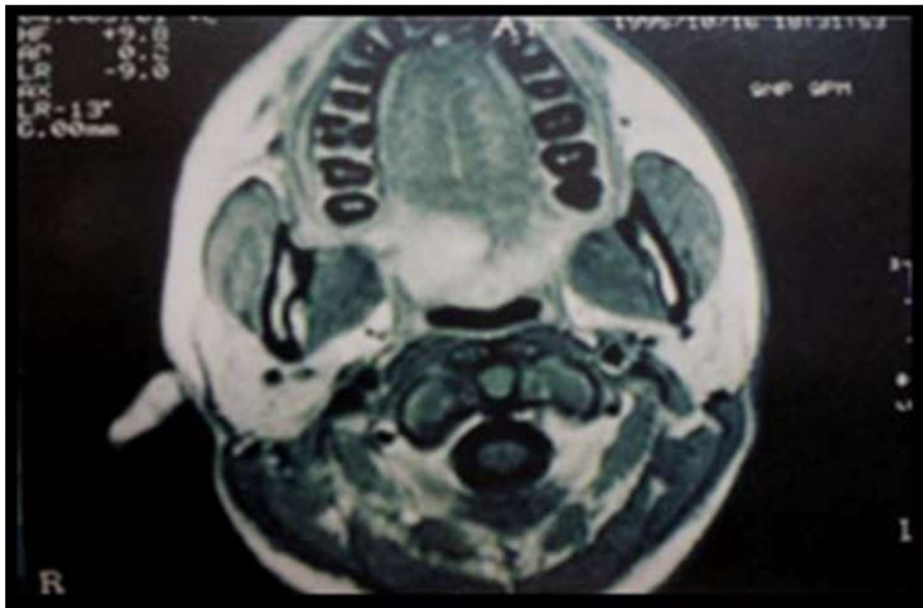


Figure 30: IRM d'un carcinome adénoïde kystique du palais mou[24]

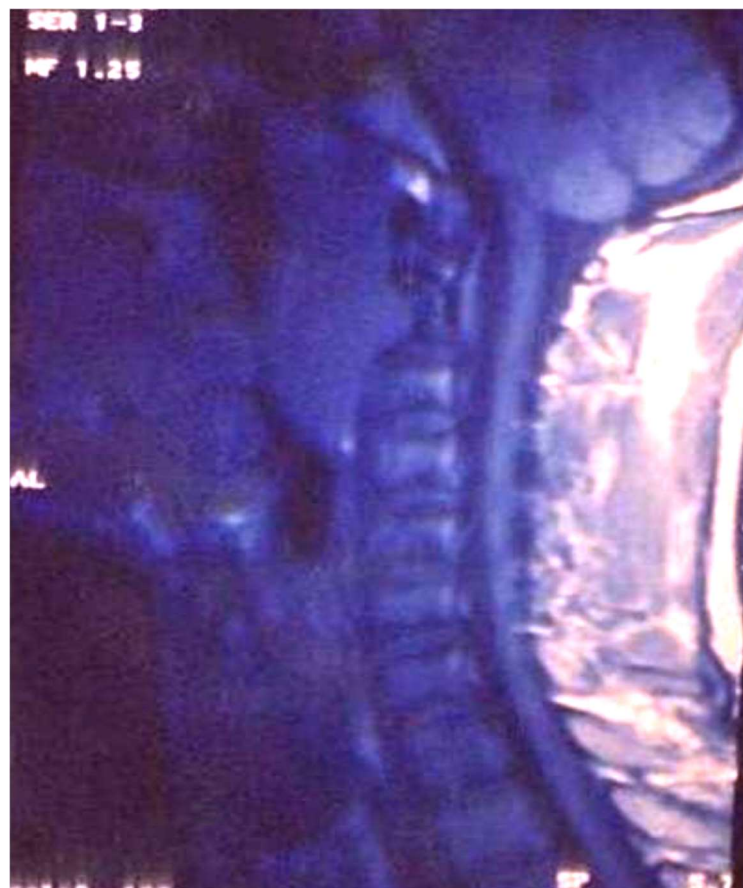


Figure 31: Coupe verticale IRM d'un adénome rétropharyngé [24]

VI. Examen Anatomie pathologique :

1. Classification OMS:

La dernière classification des tumeurs des glandes salivaires été définie par l'OMS 2017 [25]. Elle reconnaît 24 types différents de tumeurs épithéliales malignes et 12 types de tumeurs épithéliales bénignes.

La nouvelle classification a connu peu de modifications par rapport à la précédente, mis à part l'introduction d'entités rares comme le Sialoblastome et le Lymphadénome, la nouvelle classification reconnaît le carcinome à cellules claires SAI et le cystadénocarcinome cribriforme de bas grade, dont la signification et les critères diagnostiques restent controversés dans la littérature.

Seules les tumeurs les plus fréquentes et les plus caractéristiques ont été décrites dans ce chapitre [26,25].

2017 WHO Classification of Salivary Gland Tumors			
Malignant tumours			
Acinic cell carcinoma	8550/3	Basal cell adenoma	8147/0
Secretory carcinoma	8502/3	Warthin tumour	8561/0
Mucoepidermoid carcinoma	8430/3	Oncocytoma	8290/0
Adenoid cystic carcinoma	8200/3	Lymphadenoma	8563/0
Polymorphous adenocarcinoma	8525/3	Cystadenoma	8440/0
Epithelial-myoepithelial carcinoma	8562/3	Sialadenoma papilliferum	8406/0
Clear cell carcinoma	8310/3	Ductal papillomas	8503/0
Basal cell adenocarcinoma	8147/3	Sebaceous adenoma	8410/0
Sebaceous adenocarcinoma	8410/3	Canalicular adenoma and other ductal adenomas	8149/0
Intraductal carcinoma	8500/2	Other epithelial lesions	
Cystadenocarcinoma	8440/3	Sclerosing polycystic adenosis	
Adenocarcinoma, NOS	8140/3	Nodular oncocytic hyperplasia	
Salivary duct carcinoma	8500/3	Lymphoepithelial lesions	
Myoepithelial carcinoma	8982/3	Intercalated duct hyperplasia	
Carcinoma ex pleomorphic adenoma	8941/3	Soft tissue lesions	
Carcinosarcoma	8980/3	Haemangioma	9120/0
Poorly differentiated carcinoma:		Lipoma/sialolipoma	8850/0
Neuroendocrine and non-neuroendocrine		Nodular fasciitis	8828/0
Undifferentiated carcinoma	8020/3	Haematolymphoid tumours	
Large cell neuroendocrine carcinoma	8013/3	Extranodal marginal zone lymphoma of MALT	9699/3
Small cell neuroendocrine carcinoma	8041/3	The morphology codes are from the International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O) [742A]. Behaviour is coded /0 for benign tumours; /1 for unspecified, borderline, or uncertain behaviour; /2 for carcinoma in situ and grade III intraepithelial neoplasia; and /3 for malignant tumours. The classification is modified from the previous WHO classification, taking into account changes in our understanding of these lesions. *These new codes were approved by the IARC/WHO Committee for ICD-O. Italics: Provisional tumour entities. **Grading according to the 2013 WHO Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone.	
Lymphoepithelial carcinoma	8082/3		
Squamous cell carcinoma	8070/3		
Oncocytic carcinoma	8290/3		
Borderline tumour			
Sialoblastoma	8974/1		
Benign tumours			
Pleomorphic adenoma	8940/0		
Myoepithelioma	8982/0		

Figure 32: Classification OMS 2017 des tumeurs des glandes salivaires [25]

2. Techniques histologiques :

Ce chapitre à pour but de faire le point sur les différentes techniques diagnostiques disponible pour le diagnostic des tumeurs des glandes salivaires.

1.4. La cytologie :

La cytologie parotidienne est difficile en raison du caractère très hétérogène et des multiples formes des tumeurs de la parotide [26, 27, 28]. Elle peut apporter une aide relative pour la différenciation entre les tumeurs bénignes et malignes [21]. Par ailleurs, elle permet de différencier les tumeurs salivaires primitives des lésions lymphoïdes [26, 27, 28].

1.5. L'examen Macroscopique :

Il s'agit d'une étape cruciale de l'examen anatomo-pathologique. En effet, il permet d'identifier la tumeur, son aspect et ses repères par rapport aux tissus avoisinants. Enfin, il guide les prélèvements tumoraux et permet, ainsi, l'appréciation des limites d'exérèse [26,27].

1.6. La biopsie extemporanée :

La biopsie extemporanée fait partie intégrante de l'offre diagnostique dont dispose le chirurgien et le pathologiste. Elle peut-être demandé par le chirurgien en per-opératoire afin de guider son acte chirurgical [21]. Il est nécessaire que le pathologiste soit informé de tous les éléments du dossier au moment de l'extemporanée. Il aura ainsi entre les mains tous les éléments lui permettant de proposer le diagnostic le plus précis possible.

Elle est, toutefois, considérée comme difficile dans la pathologie parotidienne. [29]. L'interprétation est basée sur la macroscopie permettant d'orienter les prélèvements extemporanés sur les zones les plus significatives et confirmée par l'histologie qui sera basée sur l'architecture de la lésion que sur les critères cellulaires [30,31].

Seules les lésions très caractéristiques (adénome pléomorphe classique, cystadénolymphome, oncocytome, carcinome adénoïde kystique dans sa forme caractéristique) pourront donner lieu à une réponse formelle [32].

1.7. La technique histologique standard

C'est la technique de référence. Après une fixation au formol, elle utilise la coloration standard à l'Hématéine Eosine - HE -. Elle permet dans la majeure partie des cas le diagnostic des tumeurs des glandes salivaires. L'utilisation des colorations spéciales est, parfois, utile au diagnostic en mettant en évidence le type de sécrétion (Coloration PAS ou Bleu alcian).

1.8. L'examen immunohistochimique- IHC - :

L'examen immunohistochimique n'est pas systématique dans le diagnostic des tumeurs des glandes salivaires. Elle est d'une grande aide pour trancher entre tumeurs malignes peu

différenciées d'origine primitive et secondaire. Elle permet, en outre, de caractériser la nature et l'origine d'une métastase. Dans le cadre de la pathologie lymphoïde, elle est indispensable.

Dans notre étude l'immunohistochimie a été réalisée dans 2 cas, il s'agissait du cas de schwannome et le carcinome épithélial myoépithélial.

3. Aspect Anato-mo-pathologique des tumeurs des glandes salivaires :

Elles sont dominées par les tumeurs bénignes. Dans notre étude ainsi que dans les autres études de la littérature, les tumeurs bénignes étaient les plus fréquentes.

Tableau XII: Répartition des tumeurs bénignes et malignes des glandes salivaires dans la littérature

	Tumeurs bénignes	Tumeurs malignes
M.Oukabli [9]	73	13
S.Sajad [10]	10	9
F.Malika [11]	113	35
P.Jorge [12]	192	103
Notre série	41	9

3.1. Les tumeurs épithéliales bénignes:

Elles représentent 60 % des tumeurs des glandes salivaires. [33,34] Dans notre étude 42 cas étaient diagnostiqués soit un taux de 76%.

a. L'Adénome pléomorphe :

C'est la plus fréquente des tumeurs des glandes salivaires (80 % au niveau de la glande parotide [36,25]).

a.1. Macroscopie :

C'est une tumeur arrondie, lobulée, de couleur blanchâtre. Elle est bien délimitée de la parotide normale adjacente. Elle peut, parfois, présenter un contour festonné. Suivant les contingents tissulaires qui la constituent, elle peut être très ferme et caractéristique ou molle et gélatineuse [35].

L'adénome ne présente aucun caractère infiltrant, il est parfois même encapsulé. La capsule est d'épaisseur variable [25].

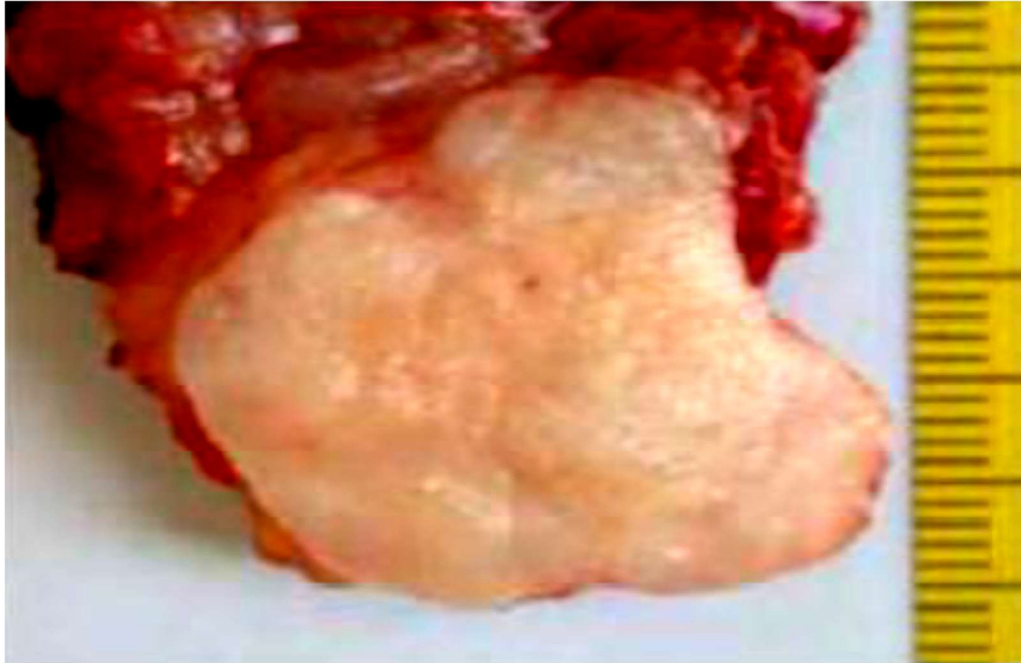


Figure 33: Aspect macroscopique d'un adénome pléomorphe parotidien [26]

a.2. Histologie :

C'est une tumeur mixte caractérisée par un double contingent tissulaire [35,25] :

Une composante cellulaire « épithéliale-myoépithéliale » qui associe des structures épithéliales canalaire et des nappes de cellules myoépithéliales. On y observe que de rares mitoses sans anomalies cyto-nucléaires suspects.

En plus de la composante épithéliale, un contingent conjonctif sécrétée par les cellules myoépithéliales est, souvent, retrouvé. Il englobe, fréquemment, de très petites cellules myoépithéliales. Il est d'abondance variable : tantôt très lâche et myxoïde et tantôt beaucoup plus dense, hyalin voire parfois chondroïde.

La proportion relative du contingent cellulaire et du stroma détermine les formes histologiques décrites par Seifert [25]:

- hyper-cellulaire,

- hypo-cellulaire,
- intermédiaire

La périphérie des adénomes pléomorphes est parfois irrégulière avec développement de pseudopodes et /ou de nodules satellites au proche contact du foyer principal [35]. Cet élément explique bon nombre de récurrence post-chirurgie des adénomes pléomorphes.

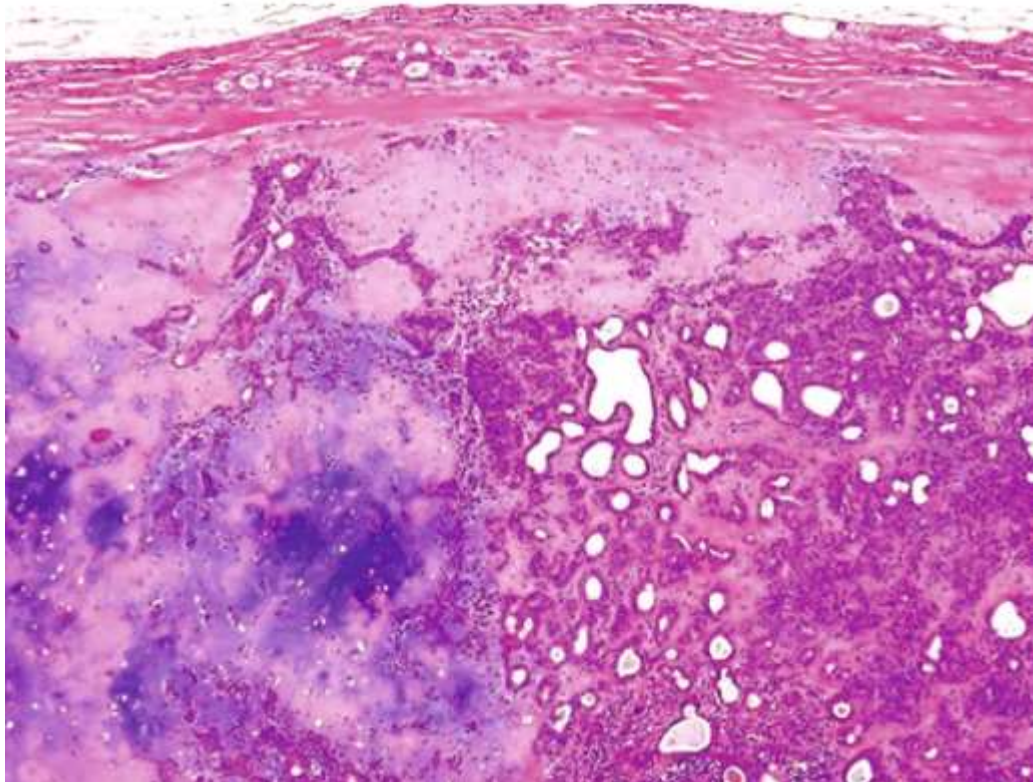


Figure 34 : Aspect histologique d'un adénome pléomorphe avec une composante épithéliale et mésenchymateuses [31]

Le diagnostic anatomopathologique peut susciter des problèmes d'identification, notamment dans les tumeurs à composante épithéliale prédominante, avec risque de confusion avec un carcinome adénoïde kystique ou un carcinome muco-épidermoïde [26,25].

Le risque de récurrence est majoré dans les tumeurs hypo cellulaires, plus fragiles, présentant plus volontiers une capsule fine et donc un risque de rupture accidentelle. La transformation maligne demeure rare.

b. La Tumeur de Warthin

Anciennement appelé cystadénolymphome, il s'agit de la 2ème tumeur bénigne des glandes salivaires la plus fréquente après les adénomes pléomorphes. Elle atteint d'avantage l'homme âgé. Son siège habituel est la parotide mais elle a été décrite également dans les glandes salivaires accessoires. Elle est souvent multifocale et bilatérale [25].

b.1. Macroscopie :

Il s'agit, le plus souvent, d'une tumeur bien circonscrite, charnue, molle, souvent creusée d'une ou plusieurs cavités kystiques. La taille est variable,

b.2. Histologie :

La tumeur de Warthin est caractérisée par des structures kystiques et pseudo papillaires, bordées par des cellules épithéliales très volumineuses éosinophiles (oncocytaire). Le stroma est lymphoïde. Elle est bien limitée par une mince capsule. Le caractère multicentrique dans une même glande est classique. L'aspect histologique est caractéristique de diagnostic facile pour le pathologiste. L'évolution est, en règle générale, bénigne. Il existe néanmoins quelques cas rapportés de cancérisation, s'effectuant sur un mode épidermoïde, mais aussi sur l'aspect d'un adénocarcinome ou d'un carcinome muco-épidermoïde [35].

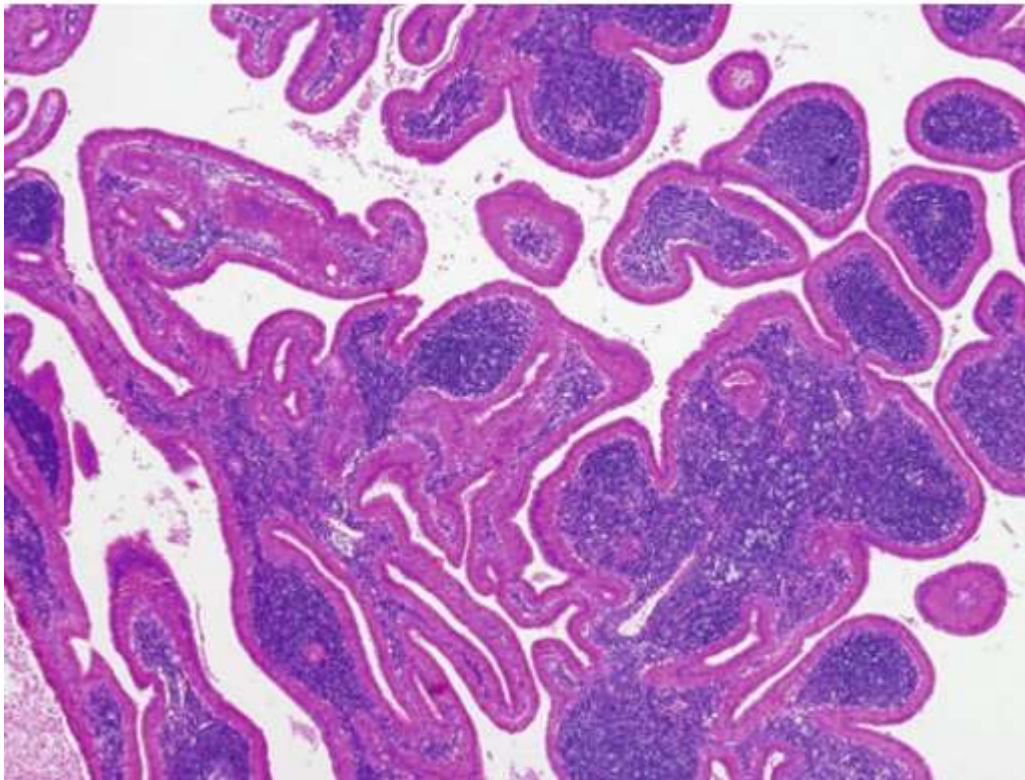


Figure 35: Aspect morphologique d'une tumeur de WARTHIN [31]

c. L'oncocytome ou adénome oncocytaire :

C'est une tumeur rare (2 à 3% des tumeurs salivaires). Elle touche le sujet âgé et plus fréquemment la femme.

c.1. Macroscopie:

Il s'agit, en général, d'un nodule circonscrit par une fine capsule de consistance ferme, charnue. L'aspect est homogène sans nécrose.

c.2. Histologie :

Le diagnostic est aisé. Dans sa forme habituelle, il existe une prolifération de grandes cellules acidophiles, régulières et disposées en travées que sépare un stroma conjonctif. L'évolution peut être marquée par la récurrence soit après exérèse incomplète, soit à partir de

foyers oncocytaires multifocaux. La valeur des examens cytologiques et extemporanés est limitée dans ce cadre [25].

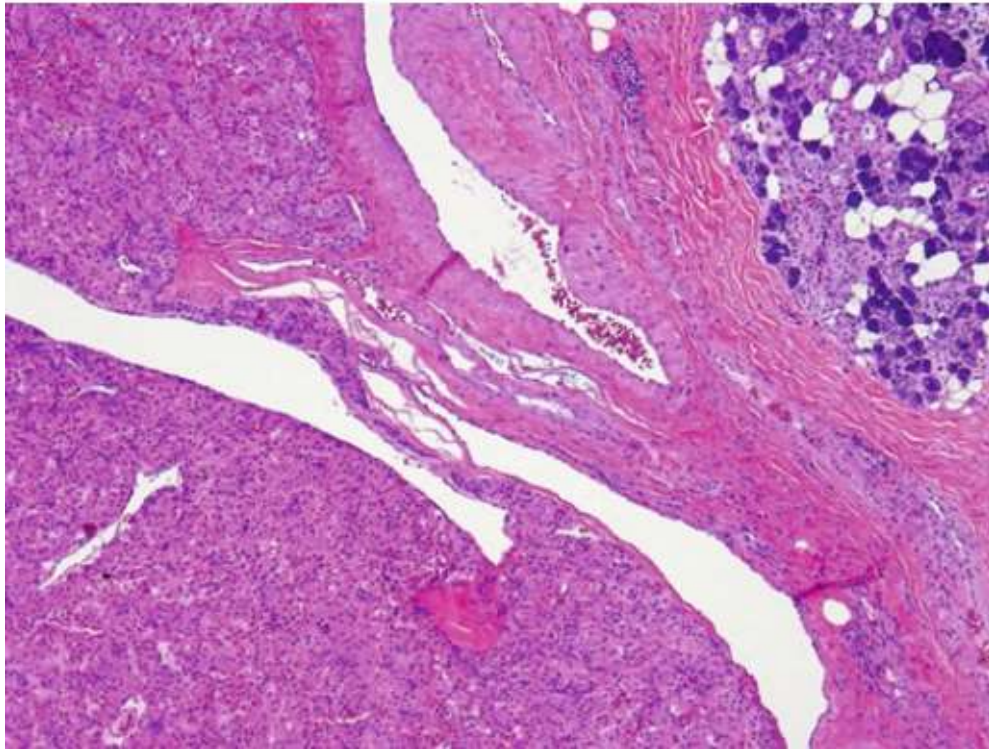


Figure 36: Aspect morphologique d'un Oncocytome [31]

d. Le Myoépithéliome.

Le Myoépithéliome est une tumeur bénigne, il représente 1% à 5% des tumeurs des glandes salivaires [31]. Il survient à tout âge (âge moyen 50 ans) et intéresse également les deux sexes. Il siège essentiellement dans la parotide (40%), et le palais mais peut se développer dans n'importe quelle autre glande salivaire [37].

d.1. Macroscopie:

Il s'agit d'une tumeur bien circonscrite, ferme, blanche ou beige. Elle ressemble à une tumeur mixte, mais elle est de contours plus réguliers.

d.2. Histologie :

C'est une tumeur très richement cellulaire, dense et homogène. Elle est monomorphe. Il n'existe pas d'atypie cyto-nucléaires. Cette tumeur est entourée par une capsule d'épaisseur irrégulière.

Ces tumeurs peuvent être de diagnostic difficile pour le pathologiste, notamment, avec les adénomes pléomorphes cellulaires et avec les schwannomes. Le Myoépithéliome est réputé plus agressif que l'adénome pléomorphe. Sa croissance serait plus rapide et les récives plus fréquentes. Son évolution maligne est exceptionnelle [37].

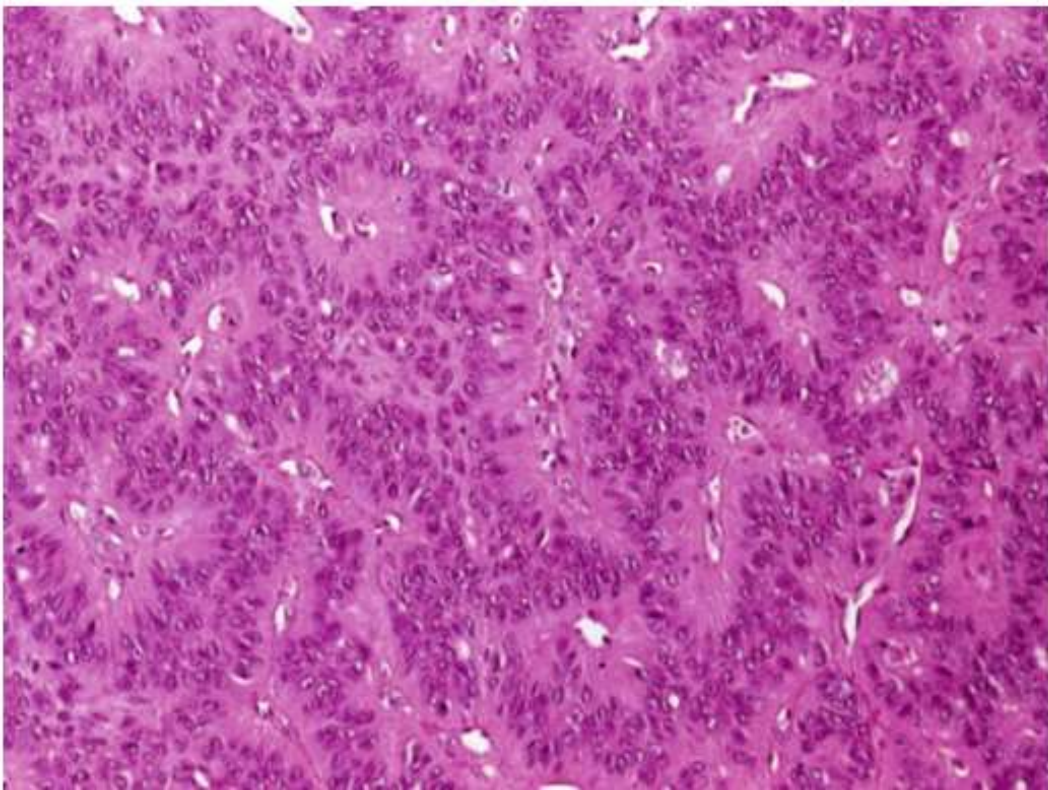


Figure 37: Aspect morphologique d'un Myoépithéliome [31]

e. L'adénome à cellules basales :

Il représente 1,5 % des tumeurs salivaires, le plus souvent parotidienne (75%). Il touche l'adulte âgé avec un pic de fréquence à la 7^{ème} décennie avec une préférence féminine [37].

e.1. Macroscopie :

Il s'agit d'un nodule arrondi, ferme, gris brunâtre, homogène, très bien limitées par une mince capsule [25].

e.2. Histologie :

L'aspect histologique est celui d'une tumeur monotone faite de travées de cellules épithéliales basaloïdes de petites tailles comportant des noyaux sombres sans atypies de mitose. Compte tenu de la rareté de cette histologie, le diagnostic histologique peut-être difficile [25].

Quelques rares transformations malignes en adénocarcinomes à cellules basales ont été décrites.

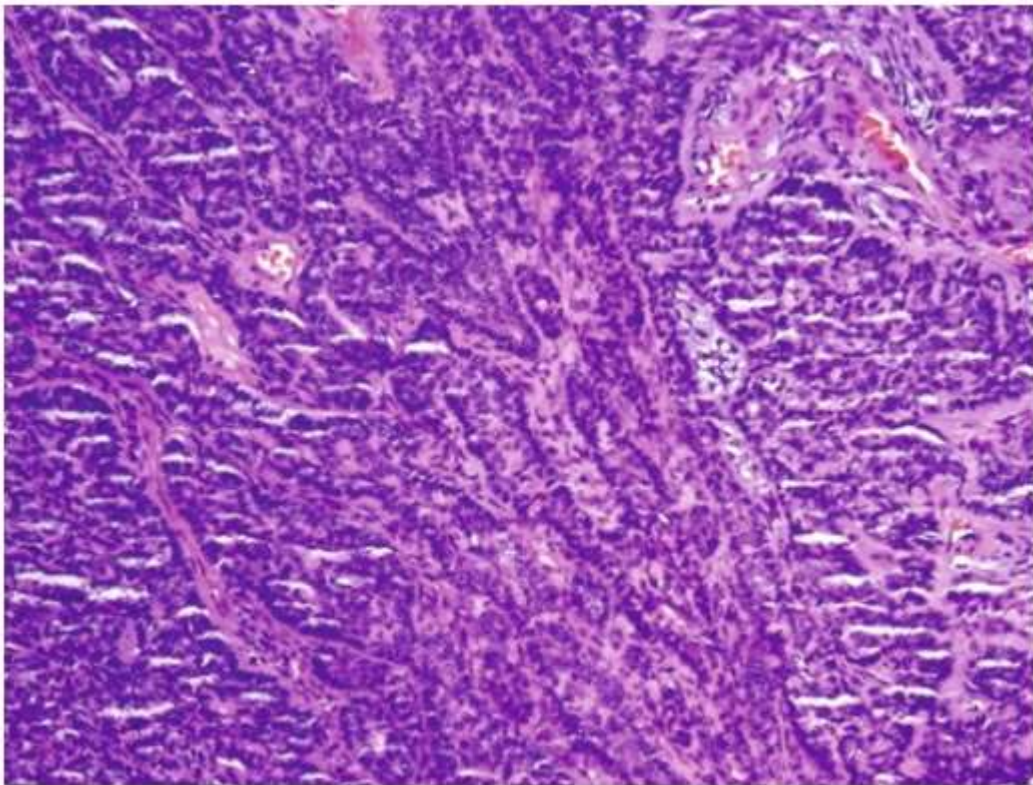


Figure 38: Aspect morphologique d'un adénome à cellules basales [31]

3.2. Les tumeurs épithéliales malignes :

a. Le carcinome muco-épidermoïde.

Ce carcinome vient au 1^{er} rang des tumeurs malignes salivaires. Il peut se voir à tout âge [25].

a.1. Macroscopie :

L'aspect macroscopique diffère selon le grade de la tumeur :

Les carcinomes de bas grade : La tumeur est, plutôt, bien différenciée kystique d'aspect mucoïde. La taille excède, rarement, 3 cm.

Les carcinomes de grade intermédiaire ou de haut grade : LA tumeur est mal limitée d'aspect infiltrant. Elle plutôt solide [38].

a.2. Histologie :

L'aspect est polymorphe au sein d'une même tumeur. La composante épithéliale associe des cellules épidermoïde et des cellules mucosécrétantes. La proportion de chacun des contingents varie en fonction du grade histologique.

Les carcinomes de bas grade: Ils sont classiquement kystiques sans invasion nerveuse. Les cellules ne montrent pas d'anomalies cytonucléaires suspectes.

Les carcinomes de grade intermédiaire: ils sont plus solides et plus cellulaires que les tumeurs de bas grade. Les kystes sont moins nombreux. Le contingent malpighien prédomine par rapport au contingent mucosécrétant. Les lobules tumoraux empiètent assez largement sur le tissu parotidien adjacent témoignant ainsi de l'agressivité locale.

Les carcinomes de haut grade: Cette forme est caractérisée par un contingent de cellules malpighiennes et intermédiaires. Les anomalies cytonucléaires, témoins de la malignité, sont fréquentes. Le stroma est abondant, collagène ou hyalin.

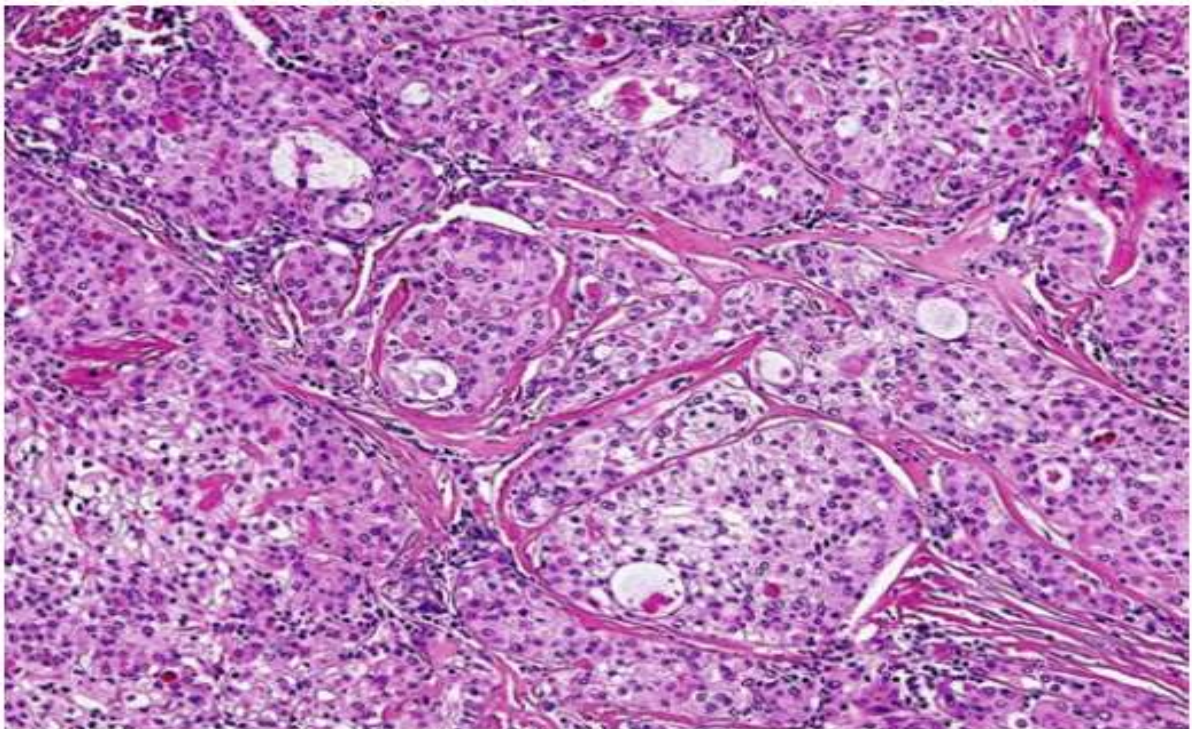


Figure 39: Aspect morphologique d'un Carcinome muco-épidermoïde de grade intermédiaire [31]

b. Le carcinome adénoïde kystique –CAK- :

Les CAK représentent 5% environ des cancers des glandes salivaires. Plus fréquent chez l'homme, il affecte l'homme surtout entre la 4^{ème} et la 6^{ème} décennie. C'est une tumeur très agressive sur le plan locorégional.

b.1. Macroscopie:

Tumeur solide, ferme, blanc-beige ou rosée, tantôt bien limitée.

b.2. Histologie :

La Tumeur est non encapsulée et très infiltrante. Elle montre la présence de deux types cellulaires, canalaire et myoépithéliale. Trois structures architecturales sont décrites:

- ❖ le type cribriforme, plus fréquent et le plus caractéristique.
- ❖ le type tubulaire, où l'on retrouve les mêmes types cellulaires, mais, disposés en cordons.
- ❖ le type solide ou basaloïde, dans lequel la majorité de la tumeur est dépourvue de cylindres.

Il existe très souvent une atteinte nerveuse, caractéristique mais non pathognomonique. Pour le pathologiste, le diagnostic est aisé surtout dans les formes cribriformes.

L'évolution est lente, et les récives, même tardives, sont très fréquentes. Les métastases à distance tardives, présentes dans 40 à 60 % et siègent plus volontiers à distance (poumon, os, parties molles). Les métastases ganglionnaires sont rares [25].

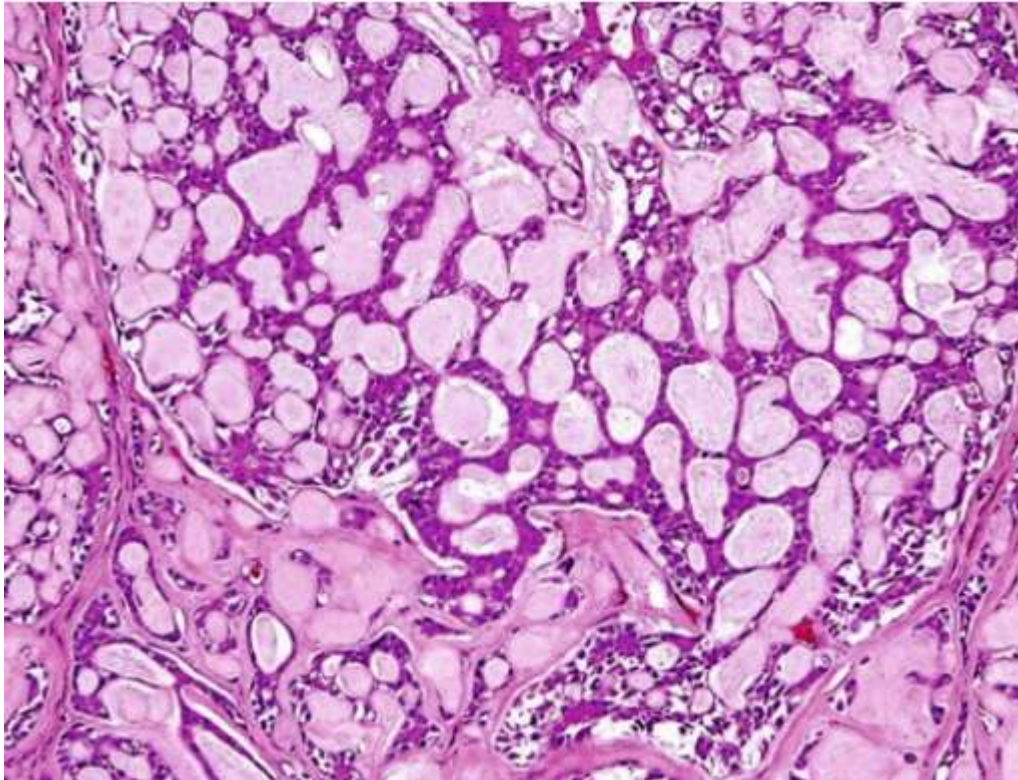


Figure 40: Aspect morphologique d'un Carcinome adénoïde kystique [31]

c. Le carcinome à cellules acineuses.

Il représente 20 % des tumeurs salivaires épithéliales malignes. Son siège habituel est la parotide (90%) [26]. Il affecte, le plus souvent, le sexe féminin avec un maximum de fréquence à la 4^{ème} décennie [39].

c.1. Macroscopie :

Il s'agit d'un nodule de couleur rougeâtre ou chamois, ferme, avec parfois des cavités kystiques ou des territoires de nécrose. L'aspect peut, parfois, être encapsulé errant le diagnostic vers une présentation macroscopique bénigne [339]. La mauvaise limitation et son caractère multi-nodulaire laissent prévoir son caractère récidivant.

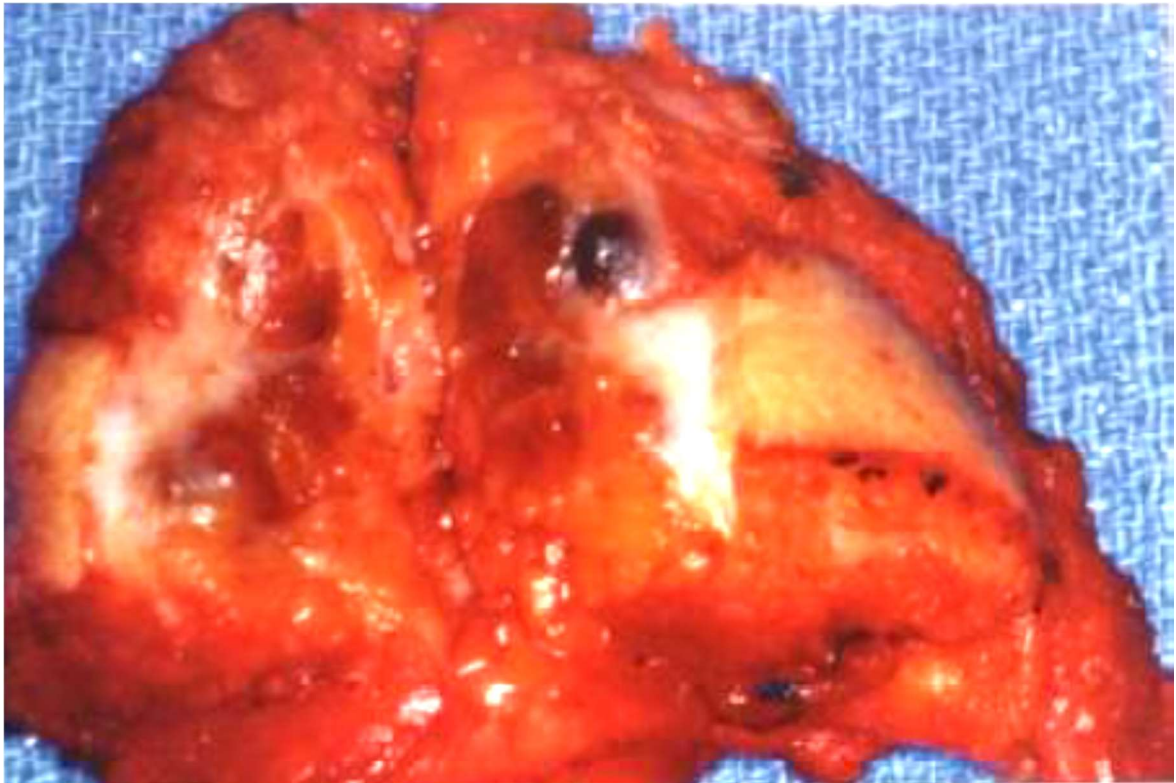


Figure 41 : Aspect macroscopique d'un carcinome à cellules acineuses [26]

c.2. Histologie :

La composante cellulaire est polymorphe, associant de façon variable :

- ❖ des cellules acineuses qui sont constants
- ❖ des cellules intercalaires,
- ❖ des cellules vacuolisées,
- ❖ des cellules claires,
- ❖ des cellules glandulaires.

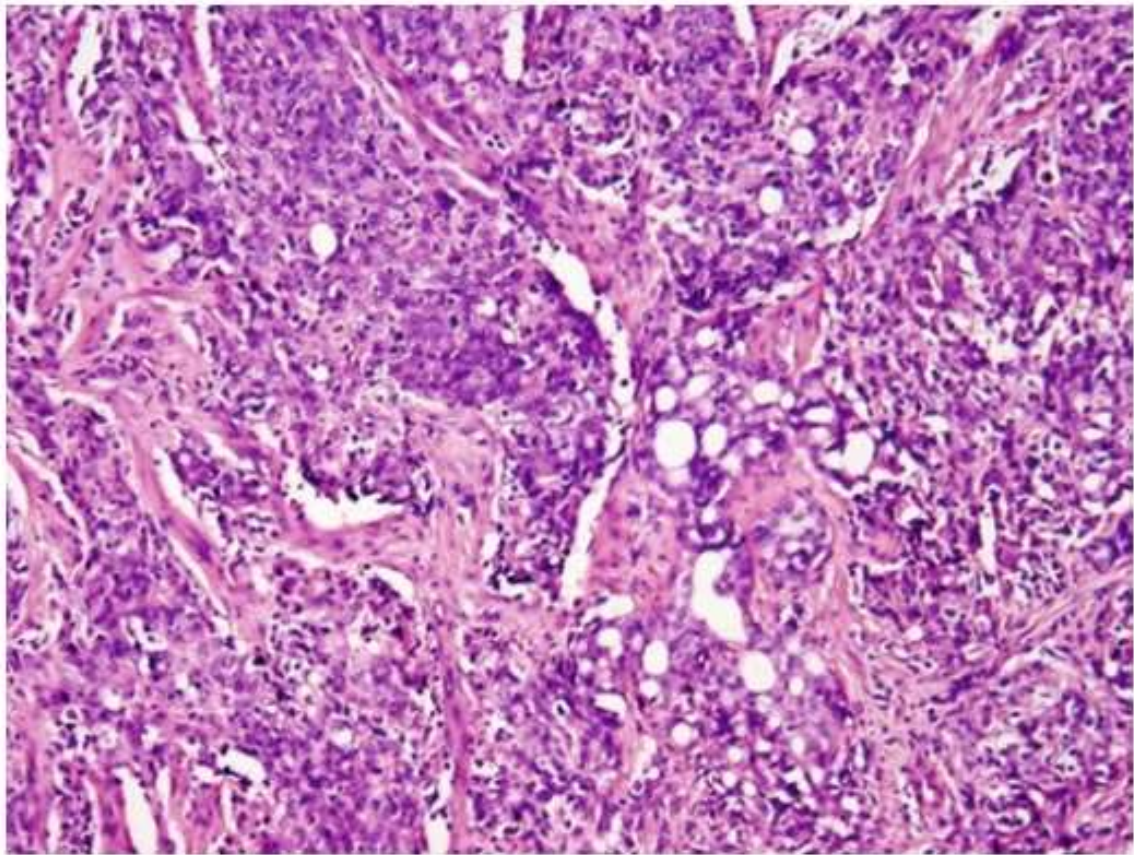


Figure 42: Aspect morphologique d'un Carcinome à cellules acineuses [31]

Le diagnostic est aisé quand la composante sécrétoire domine [21]. L'évolution est caractérisée par la récurrence, le plus souvent dans les 5 ans suivant le diagnostic initial [37]. La survenue de métastases ganglionnaires ou à distance dans 5 à 10 % des cas et d'apparition tardive.

d. Le Carcinome sur adénome pléomorphe :

Les plus fréquentes sont les carcinomes sur adénome pléomorphe préexistant dans 90% [25]. Ces tumeurs peuvent apparaître comme une poussée évolutive rapide d'une tumeur évoluant depuis longtemps (2 ans à 50 ans) ou comme l'évolution d'une récurrence [26]. Le diagnostic s'appuie sur la présence simultanée, au sein de la tumeur, de vestiges de l'adénome pléomorphe et d'un contingent carcinomateux: le plus souvent, il s'agit d'un carcinome indifférencié ou d'un adénocarcinome [25].

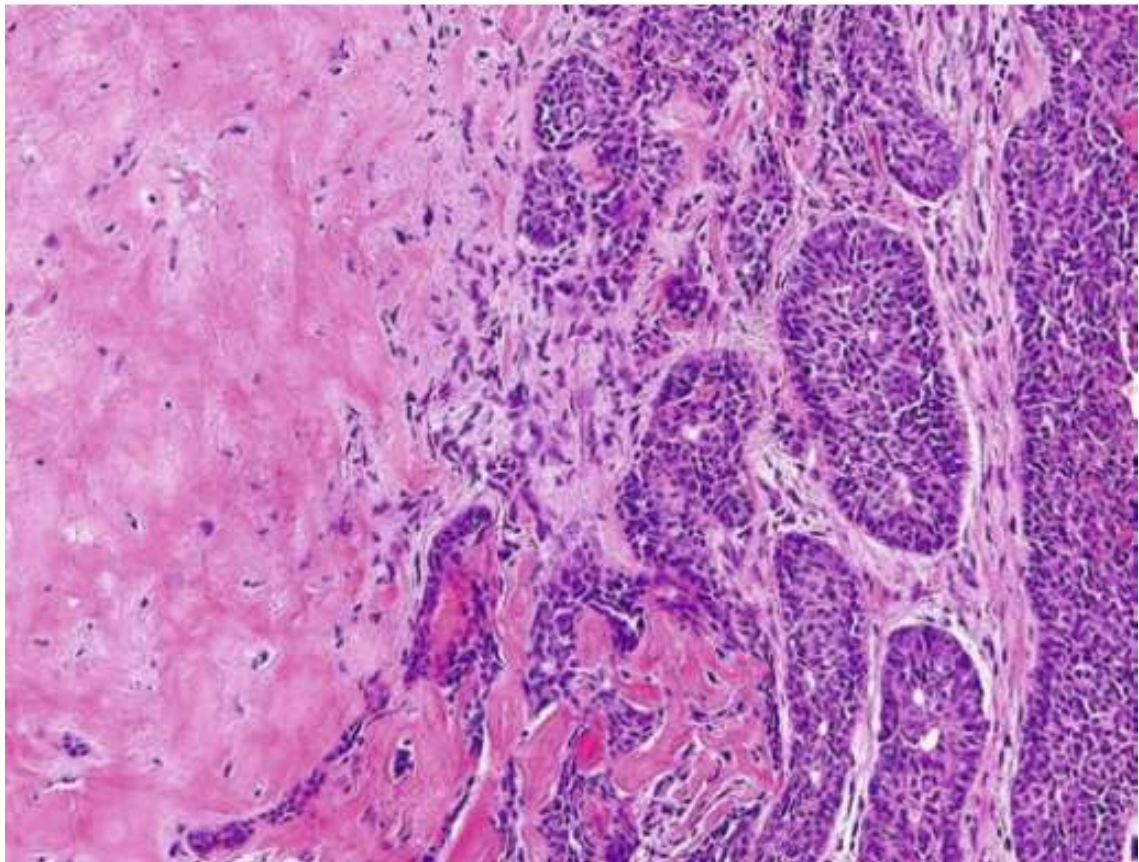


Figure 43: Aspect morphologique d'un Carcinome sur adénome pléomorphe [31]

e. Le carcinome épidermoïde.

Il est rare ,1 à 3 % des tumeurs salivaires [25], et affecte l'adulte âgé [29] et justifie la recherche d'un cancer épidermoïde de voisinage [39].

f. Le carcinome épithélial-myoépithélial.

Rarement observé. Son pic de fréquence intéresse la 7ème décennie [25] et le sexe féminin est plus fréquemment affecté.

Cette tumeur a un potentiel de faible malignité [25]. Les récives, le plus souvent tardives se font localement dans les tissus péri-parotidiens ou dans les ganglions cervicaux.

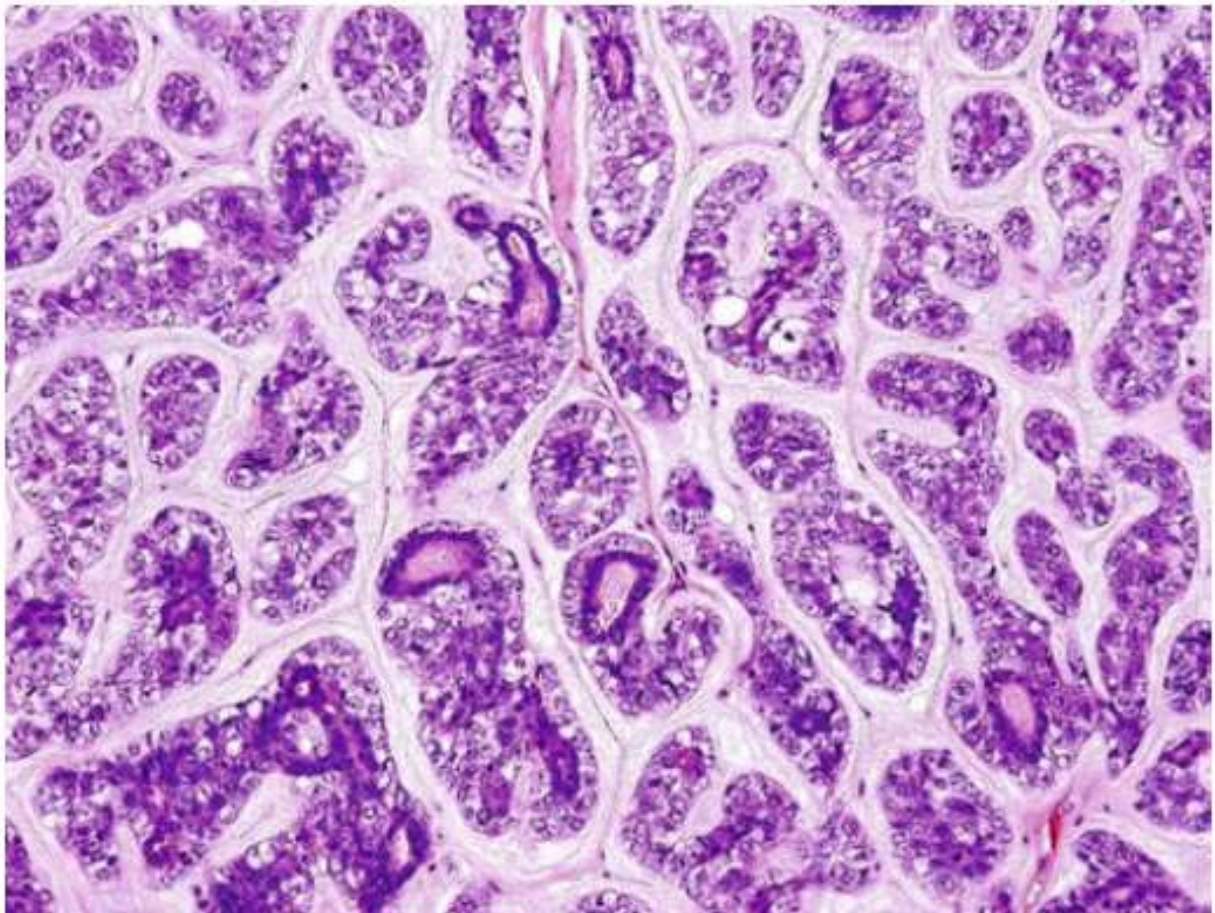


Figure 44: Aspect morphologique d'un Carcinome épithélial–myoépithélial [31]

g. Le Carcinosarcome :

Ce sont les véritables tumeurs mixtes malignes ou carcino–sarcome survenant d'emblée, associe une double composante maligne épithéliale et conjonctive [25]. Elles représentent environ 10% des tumeurs malignes.

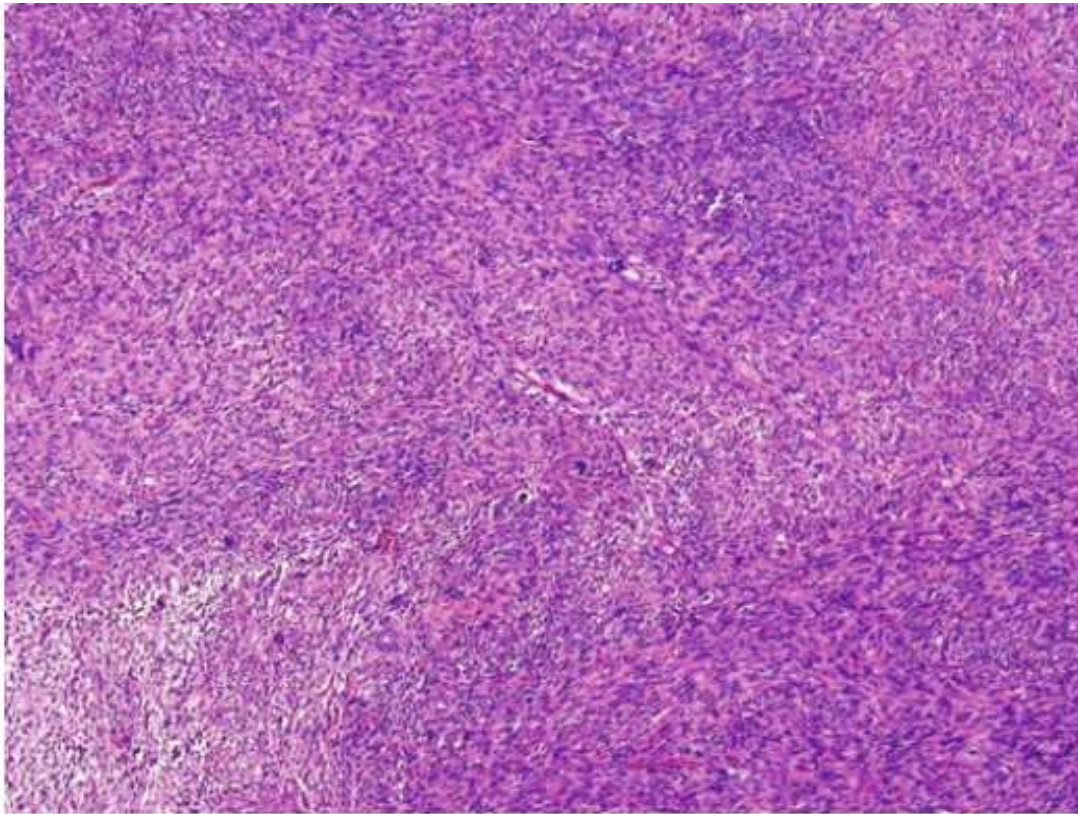


Figure 45: Aspect morphologique d'un carcinosarcome [31]

3.3. Les tumeurs des tissus mous :

Représentent 2 à 5 % des tumeurs salivaires [25].

a. Les tumeurs mésenchymateuses bénignes.

Elles représentent 90 % des tumeurs conjonctives [25]. Leur diagnostic est, similaire aux autres localisations. Les tumeurs vasculaires (hémangiome, lymphangiome, hemangiopericytome) sont observées surtout chez les enfants [29]. Les lipomes siègent essentiellement dans la parotide [24]. Une variante de lipome dans laquelle on observe des reliquats épithéliaux salivaires a été récemment décrite sous le nom de sialolipome et constitue une entité assez spécifique de la glande parotide [25].

Les tumeurs nerveuses se répartissent en neurinomes, neurofibromes, névromes plexiformes. [30].

b. Les tumeurs malignes.

Elles sont exceptionnelles et de mauvais pronostic. Leur diagnostic ne diffère pas des autres localisations.

3.4. Les lymphomes malins :

Les lymphomes constituent 16 % des tumeurs malignes de la parotide [25]. Ils peuvent être primitifs au niveau des glandes salivaires ou faisant partie d'une atteinte plus globale. Les 2 entités les plus fréquentes sont le Lymphome de Malt et le lymphome B à grandes cellules [29].

3.5. Les tumeurs secondaires :

Les métastases représentent environ 5 % de toutes les tumeurs de la glande parotide .elles peuvent être secondaires à une extension par contiguïté d'une tumeur ORL non salivaire ou à la diffusion hématogène d'une tumeur située à distance [25].

Les tumeurs primitives sont dans la majorité des cas des carcinomes épidermoïdes et des mélanomes [25]. Il est important de rappeler que la parotide comporte de façon physiologique des structures ganglionnaires et lymphatiques pouvant être le siège d'une métastase [29].

4. Aspect Anatomo-pathologique des tumeurs des glandes salivaires dans la littérature:

Dans toutes les études qui se sont intéressés au sujet, l'adénome pléomorphe est le type histologique le plus fréquent. Ceci a été confirmé dans notre étude. Le tableau ci-dessous regroupe les conclusions des principales études ayant traité du sujet.

Tableau XIII: Répartition du type histologique des tumeurs des glandes salivaires dans la littérature

	Notre étude	M.Oukabli [10]	S.Sajad [13]	P.Jorge [11]
Adénome pléomorphe	61,82%	62%	56%	46%
Carcinome adénoïde kystique	14,55%	10%	6%	1,5%
Adénome à cellules basales	7,27%	2%	1,5%	0,5%
Cystadénolymphome	7,27%	13%	1,5%	20,5%
Schwannome	3,64%	–	1,5%	0,5%
Carcinome peu différencié	1,82%	3%	1,5%	0,5%
Carcinome épithélial myoépithélial	1,82%	–	1,5%	0,5%
Sarcome	1,82%	1%	1,5%	0,5%
Autres	–	9%	29%	29,5%

VII. Traitement et évolution [40 – 52] :

1. Traitement des tumeurs des glandes salivaires :

Le traitement des tumeurs des glandes salivaires repose avant tout sur la chirurgie. L'exérèse de la tumeur constitue, en effet, le temps essentiel.

Un intérêt particulier est à porter aux tumeurs de la glande parotide. En effet, c'est le siège le plus fréquent des tumeurs des glandes salivaires. La parotidectomie est, de façon incontestable, aujourd'hui l'intervention de base. Sa mise en œuvre appelle toutefois la compétence d'un chirurgien expérimenté au plan technique, en raison de la présence du nerf facial au sein de la glande. Elle peut-être totale avec conservation du nerf facial ou partielle en cas de tumeur bénigne.

Dans les cas suspect de malignité, la cure chirurgicale de la tumeur doit-être à distance des limites d'exérèse. La pratique d'un curage cervical ne se discute pas en cas de carcinome.

2. La radiothérapie de la glande parotide :

Le recours à la radiothérapie, en complément du traitement chirurgical, est ou non systématique selon les écoles.

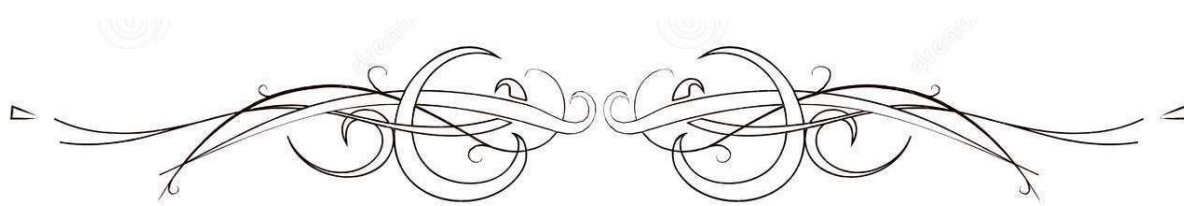
2.1. Indications de la radiothérapie adjuvante

La radiothérapie postopératoire est habituellement proposée devant:

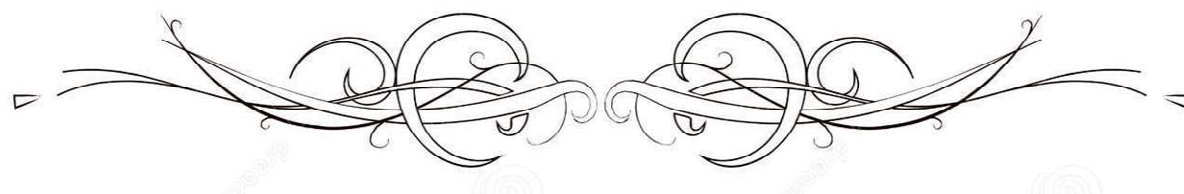
- une taille tumorale de plus de 4 cm (pT3)
- un grade tumoral élevé
- une extension au lobe profond de la glande, voire aux structures de voisinage ;
- une atteinte du nerf facial ;
- un envahissement ganglionnaire;
- une présence d'invasion lymphatique, périneurale ou vasculaire ;
- une résection incomplète (R1) ou des marges infra-millimétriques.

Elle n'est en revanche pas indiquée pour les tumeurs bien ou moyennement différenciées, d'autant que le curage ganglionnaire est négatif.

Une particularité pour les tumeurs des glandes sous-maxillaires est la relative fréquence des atteintes ganglionnaires (jusqu'à 44 % des cas), ce qui explique que la radiothérapie concerne plus volontiers les aires ganglionnaires homolatérales.



CONCLUSION



Les tumeurs des glandes salivaires sont des tumeurs rares. Elles sont caractérisées par leur grande diversité. Elles posent en effet, des problèmes diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs. Peu d'études se sont intéressées à ce sujet.

Ce travail nous a permis d'exposer les caractéristiques épidémiocliniques, histologiques des 55 patients recensés dans notre étude et de le comparer aux données disponibles dans la littérature.

Les résultats de différentes études qui abordées ce sujet sont concordants. L'adénome pléomorphe est la tumeur la plus fréquente alors que le carcinome adénoïde kystique est la tumeur maligne la plus fréquente. Quant aux tumeurs malignes, elles sont plutôt rares, dominées essentiellement par les carcinomes.

La bonne prise en charge diagnostique et thérapeutique des tumeurs des glandes salivaires nécessite un travail multidisciplinaire. L'échographie est l'examen de première intention du fait de son faible cout. L'IRM constitue désormais l'examen de choix dans l'exploration des masses tumorales parotidiennes. Il apporte une bonne valeur diagnostique de malignité ou de bénignité. L'exploration chirurgicale avec un examen anatomo-pathologique extemporané demeure la clé du diagnostic positif. Les tumeurs parotidiennes bénignes représentent l'entité la plus fréquente et l'adénome pléomorphe demeure le type histologique prédominant.



Résumé :

Notre travail est une étude rétrospective de 55 patients qui ont été vus au service d'anatomie Pathologique du CHU Mohammed VI de Marrakech de Janvier 2013 à Décembre 2019. Les diagnostics ont été posés par les pathologistes séniors du service en accord avec l'ensemble des données biocliniques et radiologiques.

Dans notre étude l'âge moyen était de 49,38 ans, le sexe féminin était le plus dominant avec un taux de 62% ,16 patients avaient des antécédents médicaux ,12 avaient des antécédents chirurgicaux, 16 tabagiques et 10 étaient alcooliques.

Le motif de consultation le plus fréquent était la découverte d'une tuméfaction des glandes salivaires avec un taux de 65,45%, l'examen clinique a objectivé des adénopathies dans 6 cas.

Sur le plan radiologique, 3 cas ont bénéficié d'une échographie, 3 cas de tomodensitométrie et 10 cas d'imagerie par résonance magnétique.

A l'examen anatomopathologique, le matériel d'étude était la pièce opératoire dans 71% et la biopsie dans 29%.

90% étaient des tumeurs bénignes et 10% étaient malignes. La tumeur maligne la plus fréquente était le carcinome adénoïde kystique avec un taux de 72% de l'ensemble des tumeurs malignes alors que l'adénome pléomorphe était la tumeur bénigne la plus fréquente avec un taux de 77% de l'ensemble des tumeurs bénignes.

Sur le plan thérapeutique, 40 patients ont bénéficiés d'un traitement chirurgical dont l'exérèse tumorale complète était l'option thérapeutique la plus utilisée avec un taux de 29 cas. la radiothérapie a été indiquée chez 5 cas.

Sur le plus évolutif, 6 cas de récives ont été notés.

Abstract :

Our work is a retrospective study of 55 patients who were seen in the Pathological anatomy department of the Mohammed VI CHU of Marrakech from January 2013 to December 2019. The diagnoses were made by the senior pathologists of the department in agreement with all of the bioclinical and radiological data.

In our study, the average age was 49.38 years, the female gender was the most dominant with a rate of 62%, 16 patients had a medical history, 12 had a surgical history, 16 smoked and 10 were alcoholic.

The most frequent reason for consultation was the discovery of a swelling of the salivary glands with a rate of 65.45%, clinical examination objectified lymphadenopathy in 6 cases.

Radiologically, 3 cases underwent ultrasound, 3 cases of computed tomography and 10 cases of magnetic resonance imaging.

On pathology examination, the study material was the operating room in 71% and the biopsy in 29%.

90% were benign tumors and 10% were malignant. The most frequent malignant tumor was adenoid cystic carcinoma with a rate of 72% of all malignant tumors while pleomorphic adenoma was the most frequent benign tumor with a rate of 77% of all benign tumors.

Therapeutically, 40 patients underwent surgical treatment whose complete tumor excision was the most used therapeutic option with a rate of 29 cases. Radiotherapy was indicated in 5 cases.

On the most progressive, 6 cases of recurrence were noted.

ملخص

عملنا هو دراسة رجعية لـ 55 مريضًا تمت رؤيتهم في قسم التشريح المرضي في محمد السادس في مراكش من يناير 2013 إلى ديسمبر 2019. تم إجراء التشخيص من قبل كبار علماء الأمراض في القسم بالاتفاق مع جميع البيانات الإكلينيكية والإشعاعية.

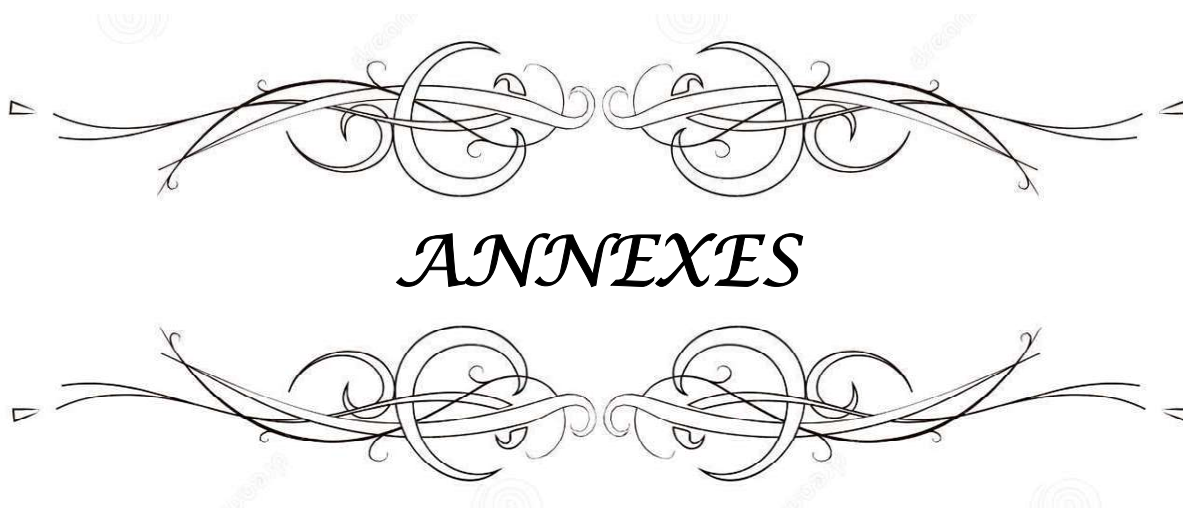
في دراستنا، كان متوسط العمر 49.38 سنة، وكان الجنس الأنثوي هو الأكثر هيمنة بنسبة 62 % ، و 16 مريضا كان لديهم سابق طبي، و 12 لديهم تاريخ جراحي، 16 كانوا مدخنين و 10 مدمنين على الكحول.

كان السبب الأكثر شيوعًا اكتشاف تورم في الغدد اللعابية بنسبة 65.45 % ، و أظهر الفحص السريري اعتلال العقد اللمفاوية في 6 حالات.

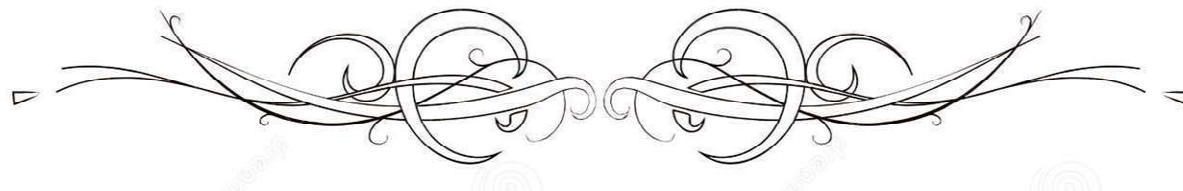
إشعاعيا، خضع 3 حالات للموجات فوق الصوتية، 3 حالات التصوير المقطعي و 10 حالات من التصوير بالرنين المغناطيس .في فحص علم الأمراض ، كانت مادة الدراسة هي العينة الجراحية بنسبة 71% والخزعة بنسبة 29% 90 % كانت أورام حميدة و 10% كانت أورام خبيثة ، وكان الورم الخبيث الأكثر شيوعًا هو سرطان المثانة الغدي بنسبة 72% من جميع الأورام الخبيثة، بينما كان الورم الحميد المتعدد الأشكال أكثر الأورام الحميدة بنسبة 77 % من جميع الأورام الحميدة.

من الناحية العلاجية، خضع 40 مريضا للعلاج الجراحي وكان استئصال الورم بشكل كامل هو الخيار العلاجي الأكثر استخداما بمعدل 29 حالة، وتم العلاج الإشعاعي في 5 حالات.

مع الوقت ، لوحظت 6 حالات من التكرار.



ANNEXES



FICHE D'EXPLOITATION

Profil épidémiologique et anatomopathologique des tumeurs des glandes salivaires au niveau du service d'Anatomie Pathologique (CHU Mohammed VI Marrakech) étude rétrospective :

Identité :

1 / Nom :

2 / Age :

3 / Sexe :

4 / profession :

5 / Lieu de résidence :

Antécédents :

1 / Médicaux

Infection ORL :

Oui

Non

Infections Spécifiques :

VIH

TBK

Autres

Irradiation Cervicale Antérieure :

Oui

Non

2 / Chirurgicaux

*Chirurgie des glandes salivaires

Oui Non

*Autres Interventions :

Oui Non

3/ Toxiques

Tabac Alcool

Aspects cliniques :

A/ motif de consultation :

- Tuméfaction
- Douleur
- Paralysie faciale périphérique :
- Autres (préciser) :

- Pièce complexe à préciser :
- Orientée fixéemensurations : Poids :
- Macroscopie :
Couleur : Aspect : Capsule :
Consistance :
- Microscopie : Cellules : Stroma :
- Curage Groupe de ganglions : Nombre de ganglions:
- Résultats: gg envahis : gg non envahis

• **Type histologique :**

Tumeur épithéliale:

- Adénome pléomorphe
 Adénome simple : cystadénolymphome
 Adénome oxyphile (oncocytome)
 Tumeur mucoépidermoïde
 Tumeur à cellules acineuses

Carcinomes:

- Carcinome adénoïde kystique (cylindrome)
 Adénocarcinome
 Carcinome épidermoïde indifférencié dans un adénome pléomorphe
 Autres

Tumeur non épithéliale: Bénigne : Hémangiome

schwannome

Maligne : lymphome sarcome

Métastase intraparotidienne

Autres

Classification TNM :

Aspects thérapeutiques :

Traitement Chirurgical

- Exérèse tumorale complète
 Exérèse tumorale incomplète
 Curage ganglionnaire

Suites post-op : Simples Complication (à préciser)

Traitement Complémentaire

- Radiothérapie Chimiothérapie

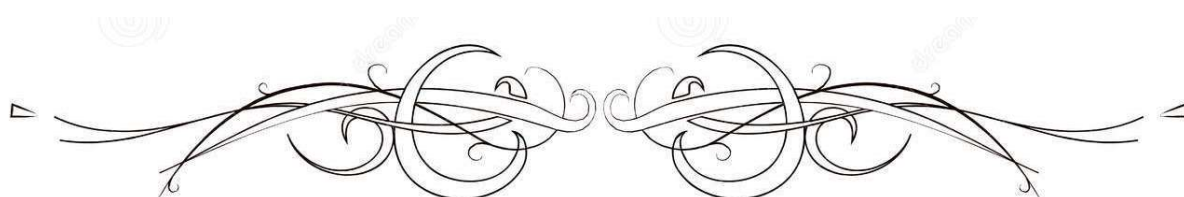
Pronostic :

Récidive

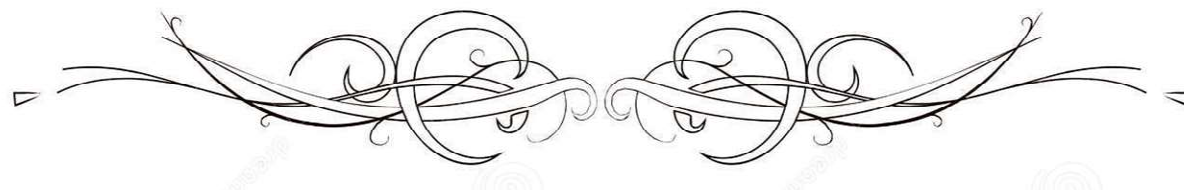
Oui

Non

Délai :



BIBLIOGRAPHIE



1. **ROUVIERE H.**
Anatomie Humaine : tête et cou Tome I
2. **PIETTE E, REYCHLER H.**
Traité de pathologie buccale et maxillo-faciale. Belgium 1991, (Bruxelles): 1095-1102.
3. **L. Perlemuter et J. Waligora**
Cahiers d'anatomie ,7/8, 3ème édition.
4. **G. Malka, O. Trost,A. Danino, P. Trouilloud.**
Anatomie chirurgicale de la loge submandibulaire. EMC, Stomatol,22-001-B-15,2005,
Médecine buccale, 28-040-M-10, 2008.
5. **Kauzman,A., J.C. Tabet, and T.I. Stiharu.**
Hyalinizing clear cell carcinoma: a case report and review of the literature.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod, 2011.112(1): p. e26-34.
6. **ROUVIERE H et DELMAS A.**
Anatomie humaine descriptive topographique et fonctionnelle. Tome 1. 15e ed. Paris :
Masson, 2002.
7. **PIETTE E.**
Pathologie des glandes salivaires: Traité des pathologies buccale et maxillo-faciale.
Bruxelles : De Boeck Université, 1991:1084-1159.
8. **KUHNEL W.**
Atlas de poche d'histologie : cytologie, histologie et anatomie microscopique à l'usage
des étudiants. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1995.
9. **Histologie de la cavité buccale et pharyngienne**
<http://www.chups.jussieu.fr/polys/histo/histoP2/POLY.Chp.1.1.5.html>
10. **M.Oukabli**
Les tumeurs des glandes salivaires : étude anatomopathologique
à propos de 105 cas
J. Afr. Cancer (2012) 4:30-36
11. **P.Jorge**
Histological Subtypes and Clinical Behavior Evaluation of Salivary Gland Tumors
Acta Med Port 2018 Nov;31(11):641-647

12. **F.Malika**
Les tumeurs des glandes salivaires, étude épidémiologique et corrélation anatomoradiologique: étude rétrospective à propos de 148 cas
Pan African Medical Journal. 2014; 19:187
13. **S.Sajad**
Diagnostic Challenges and Problem Cases in Salivary Gland Cytology: A 20-Year Experience
Cancer Cytopathology Month 2017
14. **DIOP E.M.**
Tumeur des glandes salivaires au Sénégal, aspects cliniques et thérapeutiques. A propos de 250 observations.
Thèse de méd. de Dakar
15. **Laudenbach P.**
Glandes salivaires. Notions fondamentales et exploration. Encycl.Med.Chir.(paris,France), Stomatologie,22057A10,7-1987,16p
16. **Gaillard J., Romanet P., Haguenaer J.P., Gignaux.**
Tuméfactions parotidiennes (étude de 500 observations).Place de la parotidectomie exploratrice. J. Fr. ORL.1988;8:531-48
17. **H.AMMAR**
Les tumeurs des glandes salivaires accessoires : à propos de 15 cas
Thèse pour obtention de doctorat en médecine , faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech N°78/2017
18. **FONTANEL J.P., POITOUT F. et KLOSSEK J. M.**
Tumeurs des glandes salivaires -Editions Techniques.
Encycl. Méd. Chir. (paries-France), Oto-rhino-laryngol, 20-628-B-10, 1995,10P.
19. **Lee, Y., et al.**
Imaging of salivary gland tumours.
European journal of radiology, 2008. 66(3): p. 419-436.
20. **Pitak-Arnnop, P.et al.**
Pleomorphic adenoma of the upper lip: Some clinicopathological considerations.
Journal of cutaneous and aesthetic surgery, 2012. 5(1): p.51.

21. **Halimi, P., M. Gardner, and F. Petit.**
[Tumors of the salivary glands].
Cancer Radiother, 2005. 9(4): p. 251–60.
22. **Badoual, C., et al.**
Les carcinomes des glandes salivaires: description histologique des principaux sous types histologiques.
Revue Francophone des Laboratoires, 2013. 2013(448): p. 55–61.
23. **Kakimoto, N., et al.**
CT and MR images of pleomorphic adenoma in major and minor salivary glands.
European journal of radiology, 2009. 69(3): p. 464–472.
24. **Moatemri, R., et al.**
Profil épidémiologique des tumeurs des glandes salivaires dans un CHU tunisien.
Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale, 2008. 109(3): p. 148–152.
25. **WHO Classification of Head and Neck Tumors 2017**
International Agency for Research on Cancer (IARC) 4th Edition.
26. **Gehanno. P, Guerrier. B, Plessey. JJ, Zanaret. M.**
Les tumeurs de la parotide.
Monographie du CCA Group; 2003 ; 95(6) : 395–410.
27. **BARTELS S, TALBOT JM, DITOMASSO J, et al.**
The relative value of fine needle aspiration.
Head Neck 2000 ; 95(6) : 395–410.
28. **Young JA, Sauvage JP, Huth. J, et al.**
Diagnostic problems in fine needle aspiration cytopathology of the salivary glands.
J CLIN PATHOL 2002 ; 95(6) : 395–410.
29. **Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, et al.**
World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: IARC Press; 2005; 95(6) : 395–410.
30. **Seifet G., DITOMASSO J, et al.**
Histological typing of salivary gland tumours, nd edition ed.berlin: Springer-Verlag, 1991
Ansari HM. Salivary gland tumors in an Iranian population: a retrospective study of 130 cases.
J Oral MaxillofacialSurg. 2007 Nov; 65(11):2187–94.

31. **Emmanuelle Uro–Coste, C.A. Righini.**
Tumeurs des glandes salivaires. État des lieux en 2009, service de pathologie histocytologie, hôpital de Rangueil. 60(3):313–6.
32. **Y. Saban, R. Polselli, V. Ruvolo.**
Chapitre 1 – Anatomie de la face. Chirurgie Plastique Réparatrice De la Face et du Cou – Volume 1, 2011, Pages 3–17. ; 83: 1750–4.
33. **PILCH BZ., Eveson JW, Reichart.**
Head and Neck surgical pathology. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins, 2002; 95(6) : 395–410.
34. **SEIFERT G, Sauvage. JP, Huth. J, et al.**
Histological typing of salivary gland tumours, 2nd edition, Berlin 2000. ; 95(6) : 395–410.
35. **Stennert E, Guntinas–Lihius O, Klussmann JP, and Arnold G.**
Histopathology of Pleomorphic adenoma in the parotid gland a prospective unselected series of 100 cases. Laryngoscopie, 2001; 111: 195–200.
36. **Essentials of Anatomic Pathology – Third Edition**
Liang chEng, mD et David g. Bostwick, mD
DOI 10.1007/978–1– Springer New York Dordrecht Heidelberg London
37. **Packer RJ, Gutmann DH, Rubenstein A, Viskochil D, Zimmerman RA, Vezina G,**
Plexiform neurofibromas in NF1: toward biologic–based therapy. Neurology 2002;58:1461–70.
38. **Ilia Lozev, Sonya Ruseva, Ivan Pidakev, José Carlos Cardoso, Uwe Wollina, Torello Lotti, Georgi Konstantinov Maximov, Ivan Terziev, and Georgi Tchernev**
Mucoepidermoid Carcinoma (MEC) of Parotid Gland with Massive Cutaneous Involvement: Bilateral Pedicle Advancement Flap (U – Plasty) As Adequate Surgical Approach
Open Access Maced J Med Sci. 2018 Jan 25; 6(1): 134–136
39. **G. Bharadwaj, A. Elders, Gutmann DH, Rubenstein A .Malignant**
neoplasms of parotid gland. OtolaryngolPathol. 2006; 60(3):313–6.
40. **GUNNEL F.**
Über das Verhalten der kapselbeigeschwülsten der ohrspeicheldrüse. Arch Ohr Nas KehlkHeilk. 1961; p: 178–291

41. **GUILBERT F. et MALLADIERE E.**
Tumeurs des glandes salivaires. E.C. (Paris-France),
Stomatologie, 22-057-C -10, 2000, p: 13. 5
42. **High-grade malignancies of the parotid gland: effective use of planned combined surgery and irradiation.**
Laryngoscope 1985;95:1059-63.
43. **Garden AS, Weber RS, Ang KK, Morrison WH, Matre J, Peters LJ.**
Postoperative radiation therapy for malignant tumors of minor salivary glands. Outcome and patterns of failure. Cancer 1994;73:2563-9.
44. **Hosokawa Y, Shirato H, Kagei K, Hashimoto S, Nishioka T, Tei K, et al.**
Role of radiotherapy for mucoepidermoid carcinoma of salivary gland. Oral Oncol 1999;35:105-11.
45. **Le QT, Birdwell S, Terris DJ, Gabalski EC, Varghese A, Fee W, et al.**
Postoperative irradiation of minor salivary gland malignancies of the head and neck. Radiother Oncol 1999;52:165-71.
46. **Terhaard CH, Lubsen H, Rasch CR, Levendag PC, Kaanders HH, Tjho-Heslinga RE, et al.**
The role of radiotherapy in the treatment of malignant salivary gland tumors. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2005;61:103-11.
47. **Sykes AJ, Logue JP, Slevin NJ, Gupta NK.**
An analysis of radiotherapy in the management of 104 patients with parotid carcinoma. Clin Oncol (R Coll Radiol) 1995;7:16-20.
48. **Armstrong JG, Harrison LB, Thaler HT, Friedlander-Klar H, Fass DE, Zelefsky MJ, et al.**
The indications for elective treatment of the neck in cancer of the major salivary glands. Cancer 1992;69:615-9.
49. **Chen AM, Bucci MK, Quivey JM, Garcia J, Eisele DW, Fu KK.**
Long-term outcome of patients treated by radiation therapy alone for salivary gland carcinomas. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2006;66:1044-50.
50. **Wang CC, Goodman M.**
Photon irradiation of unresectable carcinomas of salivary glands. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1991;21:569-76.

51. **Adelstein DJ, Koyfman SA, El-Naggar AK, Hanna EY.**
Biology and management of salivary gland cancers. Semin Radiat Oncol 2012;22:245-53.

52. **Bouyon A, Hans S, Durdux C, Housset M.**
Tumeurs malignes de la parotide :prise en charge multidisciplinaire, rôle de la radiothérapie. Cancer Radiother2007;11:465-75.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلاً وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد،
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان .. لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيّتي، نقيّة مما يُشِينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

أطروحة رقم 81

سنة 2020

دراسة وبائية وتشريحية لأورام الغدد اللعابية في قسم علم
التشريح بالمركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس مراكش
(حول 55 حالة)

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2020/06/12
من طرف

السيد. أنس الشقرماني

المزداد في 1991/10/01 ببني ملال

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

غدة لعابية - ورم - تشخيص - تشريح مرضي - تكهن

اللجنة

الرئيس	ن. المنصوري الحطاب	السيدة
المشرف	أستاذة في جراحة الوجه والفكين. أ. بلشير	السيد
الحكام	أستاذ في التشريح المرضي أ. فخري	السيد
	أستاذ في علم الأنسجة الأجنة والوراثة الخلوية ح. رايس	السيدة
	أستاذة في علم التشريح المرضي	

