

LES TUMEURS BENIGNES DE LA PAROTIDE

BENIGN PAROTID TUMORS

K. Khamassi, A. Dhaouadi, R. Lahiani, H. Sellami, K. Gaied, D. Najeh, N. Kaffel, M. Ben Salah, M. Ferjaoui
Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, Hôpital Charles Nicolle, Tunis
Faculté de médecine de Tunis - Université De Tunis El Manar

RESUME

Introduction : Les tumeurs parotidiennes bénignes sont caractérisées par une grande diversité histologique. Les indications thérapeutiques ne sont pas encore bien codifiées et restent un sujet de controverse.

Matériel et méthodes : Nous rapportons une étude rétrospective à propos de 48 cas de tumeurs parotidiennes bénignes, colligés sur une période de 7 ans (2004-2010). Tous les patients ont bénéficié d'un examen ORL complet, d'un bilan biologique et radiologique. Le traitement était chirurgical dans tous les cas.

Résultats : L'âge moyen était de 46 ans et le sex-ratio 1,52. Le motif de consultation était dans tous les cas une tuméfaction au niveau de la région parotidienne. L'échographie cervicale a confirmé le siège intra-parotidien dans tous les cas. L'IRM était pratiquée chez 28 patients. Le cystadénolymphome était évoqué dans 6 cas et l'adénome pléomorphe dans 22 cas. Une cytoponction a été pratiquée chez 8 patients et a montré un aspect en faveur d'adénome pléomorphe dans 6 cas et de cystadénolymphome dans 2 cas.

Tous les patients ont été opérés sous anesthésie générale. La tumeur était au dépend du lobe superficiel dans 43 cas et du lobe profond dans 5 cas. Une parotidectomie totale a été pratiquée chez les 5 patients ayant une tumeur au dépend du lobe profond. Parmi les 43 patients ayant une tumeur au dépend du lobe superficiel, une parotidectomie totale a été pratiquée chez 5 patients, une parotidectomie exofaciale chez 35 patients et une simple énucléation tumorale dans 3 cas. L'examen anatomopathologique définitif était concordant avec l'examen extemporané dans 100% des cas. Au total, nous avons 31 cas d'adénome pléomorphe et 17 cas de cystadénolymphome. Des complications post-opératoires étaient présentes dans 9 cas. L'évolution ultérieure a été marquée par l'absence de récurrence dans tous les cas, avec un recul moyen de 28 mois.

Conclusion : Le développement des techniques de l'imagerie a permis actuellement d'évoquer le diagnostic de bénignité d'une tumeur parotidienne et même d'évoquer fortement un diagnostic anatomopathologique. Le choix de l'intervention chirurgicale est guidé par la localisation et l'étendue de la tumeur et par le type histologique.

Mots-clés : tumeur bénigne, glande parotide, imagerie par résonance magnétique, cytoponction, parotidectomie, nerf facial

SUMMARY

Introduction: Benign parotid tumors are characterized by high histological diversity. Therapeutic indications are not well codified and remain a subject of controversy.

Materials and Methods: We report a retrospective study of 48 cases of benign parotid tumors, collected over a period of 7 years (2004-2010). All patients underwent complete ENT examination, biological and radiological assessment. Treatment was surgical in all cases.

Results : The mean age was 46 years and the sex ratio 1.52. Tumefaction in the parotid region was the presenting symptom in all cases. Cervical ultrasound confirmed the intra-parotid location in all cases. MRI was performed in 28 patients. Cystadenolymphoma was suggested in 6 cases and pleomorphic adenoma in 22 cases. A fine-needle aspiration was performed in 8 patients and showed pleomorphic adenoma in 6 cases and cystadenolymphoma in 2 cases.

All patients were operated under general anesthesia. The tumor was at the expense of the superficial lobe in 43 cases and the deep lobe in 5 cases. A total parotidectomy was performed in 5 patients having a deep lobe tumor. Among the 43 patients having a superficial lobe tumor, a total parotidectomy was performed in 5 patients, an exofacialparotidectomy in 35 patients and a single tumor enucleation in 3 cases. The final histological examination was consistent with the frozen section in 100% of cases. In total, we had 31 cases of pleomorphic adenoma and 17 cases of cystadenolymphoma. Postoperative complications were present in 9 cases. The subsequent evolution was marked by the absence of recurrence in all cases, with a mean follow-up period of 28 months.

Conclusion : The development of imaging techniques has currently allowed to suggest the diagnosis of benignity of a parotid tumor, and even to highly evoke the pathological diagnosis. The choice of surgical procedure is guided by the location and extent of the tumor and by the histological type.

Keywords : benign tumor, parotid gland, magnetic resonance imaging, fine-needle aspiration, parotidectomy, facial nerve

INTRODUCTION

Les tumeurs des glandes salivaires représentent 3 à 5% des tumeurs de la tête et du cou. Elles sont bénignes dans 75 à 85% des cas. La localisation la plus fréquente est au niveau des glandes parotides (80 à 90% des cas).

Ces tumeurs sont caractérisées par une grande diversité histologique. L'adénome pléomorphe reste le type histologique le plus fréquent, présent dans 60% des cas (1,2,3,4). Bien que l'approche diagnostique des tumeurs parotidiennes a largement bénéficié de l'apport de l'imagerie par résonance magnétique et de la cytoponction à l'aiguille fine,

c'est l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire qui donne le diagnostic de certitude (4,5). Les indications thérapeutiques ne sont pas encore bien codifiées et restent un sujet de controverse. Le but de ce travail est de dégager les principales caractéristiques épidémiologiques, cliniques, radiologiques et histologiques des tumeurs bénignes de la parotide en comparant nos résultats avec les données de la littérature, et de discuter les nouvelles tendances thérapeutiques tout en ayant un regard critique sur les différentes controverses persistant sur la chirurgie devant chaque type histologique.



MATERIEL ET METHODES

Nous rapportons une étude rétrospective à propos de 48 cas de tumeurs parotidiennes bénignes, colligés dans notre service sur une période de 7 ans (2004-2010).

Nous avons exclu les cas de tuméfaction d'origine inflammatoire ou infectieuse, ainsi que toute pathologie bénigne dégénérée ou maligne. Les patients perdus de vue et les dossiers inexploitable ont été également exclus de l'étude. Nous avons recueilli, à partir des dossiers médicaux d'hospitalisation, les données épidémiologiques, l'examen ORL complet, les résultats des examens radiologiques, le traitement chirurgical avec les constatations peropératoires, les résultats de l'examen anatomopathologique (extemporané et définitif) et enfin l'évolution post-opératoire immédiate et à long terme.

RESULTATS

Les tumeurs bénignes de la parotide représentaient 80% des tumeurs parotidiennes opérés dans notre service.

Il s'agissait de 29 hommes et de 19 femmes avec un sex-ratio de 1,52.

L'âge variait de 19 à 75 ans avec une moyenne de 46ans. Le délai moyen de consultation était de 39 mois (1 mois - 30 ans).

Le motif de consultation était dans tous les cas une tuméfaction au niveau de la région parotidienne. La notion d'augmentation progressive de son volume était rapportée dans 46 cas et le caractère douloureux dans 6 cas.

A l'inspection, la tuméfaction était unilatérale chez tous les patients (20 à droite, 28 à gauche).

Le siège était rétro-angulo-mandibulaire et sous-lobulaire chez 45 patients et pré-tragien chez 3 patients.

La peau en regard était saine dans tous les cas. La taille moyenne de cette tuméfaction était de 3,5 cm (1 - 12 cm).

A la palpation, sa consistance était ferme dans 45 cas, dure dans 2 cas et molle dans un cas.

La mobilité par rapport aux plans superficiel et profond était notée dans 44 cas.

Elle était homogène chez 45 patients et polylobée chez 3 patients. Le signe de Nélaton était positif chez 8 patients. L'orifice du canal de Sténon était libre dans tous les cas et aucun patient n'avait une paralysie faciale.

L'échographie cervicale, examen de première intention, a confirmé le siège intra-parotidien dans tous les cas. Elle a montré un aspect échogène hétérogène dans 37 cas, hypoéchogène dans 6 des cas et anéchogène dans 5 cas. La tumeur était bien limitée dans 46 cas.

La multifocalité était révélée seulement dans 2 cas. L'IRM était pratiquée chez 28 patients (Figures 1, 2, 3).

Elle a montré une lésion bien limitée dans 26 cas, mal limitée dans 2 cas, et aux contours polylobés dans 8 cas.

Le cystadénolymphome était évoqué devant l'aspect de la lésion en hypersignal T1 dans 6 cas associé à un hypersignal T2 dans 2 cas et à un signal hétérogène T2 dans 4 cas.

L'adénome pléomorphe était évoqué devant un aspect de la lésion en hyposignal T1 dans 22 cas, associé à un hypersignal T2 dans 17 cas et à un signal hétérogène T2 dans 5 cas. Le rehaussement après injection de gadolinium a été observé dans tous les cas.

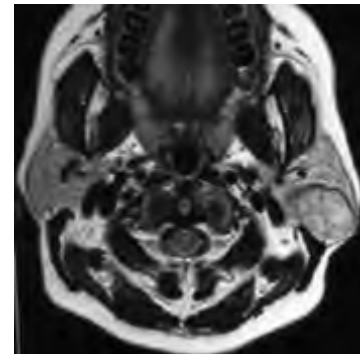


Figure 1 (IRM T1, coupe axiale) : Adénome pléomorphe du lobe superficiel gauche

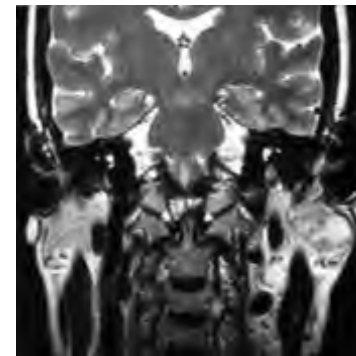


Figure 2 (IRM T2, coupe coronale) : Adénome pléomorphe du lobe superficiel gauche



Figure 3 (IRM, coupe coronale): Cystadénolymphome polaire inférieur gauche

Une cytoponction parotidienne a été pratiquée chez 8 patients et a montré un aspect en faveur d'adénome pléomorphe dans 6 cas et de cystadénolymphome dans 2 cas. Tous les patients ont été opérés sous anesthésie générale par voie de Redon.

La tumeur était au dépend du lobe superficiel dans 43 cas et du lobe profond dans 5 cas. Une parotidectomie totale a été pratiquée chez les 5 patients ayant une tumeur au dépend du lobe profond (Figure 4).



Figure 4 : Tumeur du lobe profond de la parotide gauche

Chez ces derniers, l'examen anatomopathologique extemporané était en faveur d'un adénome pléomorphe dans 4 cas et d'un cystadénolymphome dans un cas. Parmi les 43 patients ayant une tumeur au dépend du lobe superficiel, une parotidectomie totale a été pratiquée chez 5 patients dont l'histologie extemporanée était en faveur d'un adénome pléomorphe. Une parotidectomie exofaciale a été pratiquée chez 35 patients, l'histologie extemporanée était en faveur d'un adénome pléomorphe chez 22 patients et d'un cystadénolymphome chez 13 patients. Une simple énucléation tumorale a été pratiquée chez 3 patients dont l'histologie extemporanée était en faveur d'un cystadénolymphome. L'examen anatomopathologique définitif était concordant avec l'examen extemporané dans 100% des cas. Au total, nous avons 31 cas d'adénome pléomorphe et 17 cas de cystadénolymphome.

Nous avons recensé des complications post-opératoires dans 9 cas. Un patient a eu un abcès de la loge parotidienne à J4, nécessitant une mise à plat et un traitement médical avec bonne évolution. La fistule salivaire a été observée chez 2 patients, spontanément guérie. La paralysie faciale été observée chez 6 patients (12,5%) dont 2 ayant eu une parotidectomie totale. Parmi ces 6 patients, deux avaient une tumeur mal limitée dont l'exérèse était difficile. Chez 5 de ces patients, cette paralysie était incomplète et a récupéré totalement dans des délais de 6 à 15 mois. Un seul patient avait une paralysie faciale complète en rapport avec une lésion du tronc du VII, nécessitant une reprise chirurgicale et une réparation par une anastomose VII-XII (Figure 5).



**Figure 5 : Anastomose VII-XII (côté gauche)
Flèche noire : branche distale du tronc du nerf facial
Flèche blanche: branche proximale du XII**

L'évolution ultérieure était favorable (régression partielle de la paralysie faciale). Avec un recul moyen de 28 mois (6 mois - 6 ans), l'évolution a été marquée par l'absence de récurrence dans tous les cas.

DISCUSSION

Les tumeurs parotidiennes bénignes sont caractérisées par une grande diversité histologique. L'âge moyen de survenue varie entre 35 et 50 ans selon les séries. Le sex-ratio varie de 0,66 à 1,2 selon les différents types histologiques (2,3,5).

Dans notre série, une nette prédominance masculine a été notée. Bien qu'aucun facteur étiologique n'ait été, à ce jour identifié, des circonstances favorisantes ont été incriminées dans la survenue des tumeurs parotidiennes. Il s'agit notamment de l'irradiation locorégionale diagnostique ou thérapeutique qui peut multiplier par 3,5 la survenue des tumeurs bénignes, l'intoxication tabagique qui multiplie l'incidence des cystadénolymphomes par 8, certaines infections virales, des facteurs génétiques et des anomalies du caryotype notamment les translocations (1, 4, 6,7) (Tableau 1).

Circonstances favorisantes	Adénomes pléomorphe	Cystadénolymphome
Irradiation loco-régionale	++	++
Intoxication tabagique	-	+++
Infection virale	SV40	EBV
Ethnie	-	Autres ethnies en dehors de l'ethnie noire
Anomalies du caryotype	Réarrangement 8q12, 12q13-15	Réarrangement 8q;t(5,8), 12q;t(9,12), t(11,19)

Tableau 1 : Facteurs étiologiques des tumeurs parotidiennes bénignes

La dernière classification des tumeurs des glandes salivaires de l'OMS publiée en 2005, a individualisé de très nombreux types histologiques. L'adénome pléomorphe représente le type histologique le plus fréquent (8). L'adénome à cellules basales et l'adénome canaliculaire en constituent des variantes cytologiques.

Le cystadénolymphome, 2ème type en terme de fréquence, est constitué de structures kystiques et pseudo-papillaires projetées dans les espaces kystiques (9). Plusieurs autres types histologiques sont décrits, on cite essentiellement: l'oncocytome, le myoépithéliome, l'adénome sébacé, le lymphadénome sébacé et non sébacé, le cystadénome, les tumeurs conjonctives bénignes tels que les tumeurs vasculaires (hémangiome, lymphangiome), les tumeurs nerveuses (schwannome, neurofibrome) et les lipomes (9). Le motif de consultation le plus fréquent est une tuméfaction en projection de la région parotidienne, généralement ancienne et d'évolution lente. Le caractère douloureux est retrouvé dans le cystadénolymphome ou lors des poussées inflammatoires. A l'examen, il s'agit d'une localisation souvent en regard de la loge parotidienne (prétragienne, sous-angulo-mandibulaire, sillon rétro-mandibulaire). Elle est le plus souvent superficielle et de petite taille (1 à 3 cm).

Toutefois, elle peut être profonde et peut atteindre des volumes énormes (3,4). Les signes cliniques évocateurs de la bénignité sont le caractère bien limité, mobile par rapport à la peau et aux plans profonds, la consistance non dure



avec une peau en regard saine, un orifice de canal de Sténon libre et l'absence de paralysie faciale et d'adénopathies (2,8,9). Le signe de Nélaton est évocateur d'un adénome pléomorphe (1,10). L'état de l'oropharynx encas de tumeur au dépend du lobe profond et l'état de la parotide controlatérale sont essentiels à évaluer, ainsi que l'examen otoscopique et l'examen ORL et général complet. Le tableau 2 résume les caractéristiques cliniques des 2 tumeurs parotidiennes bénignes les plus fréquentes, à savoir l'adénome pléomorphe et le cystadénolymphome.

Caractéristiques clinico-épidémiologiques	Adénomes pléomorphe	Cystadénolymphome
% tumeurs parotidiennes	% tumeurs parotidiennes	14-30%
Age moyen (ans)	Age moyen (ans)	45 à 60
Sexe	Sexe	Hommes ++
Localisation	Localisation	Pôle inférieur ++
Taille	Taille	2-4 cm
Consistance	Consistance	Rénitente
Multifocalité / Bilatéralité	Multifocalité / Bilatéralité	+++ (5-20% des cas)
Contours	Contours	Arrondis
Signe de Nélaton	Signe de Nélaton	-
Caractère douloureux	Caractère douloureux	+/-
Inflammation	Inflammation	19 %

Tableau 2 :
Caractéristiques clinico-épidémiologiques de l'adénome pléomorphe et du cystadénolymphome

L'échographie cervicale est un examen simple, non invasif, rapide et peu coûteux qui doit être réalisé en première intention devant toute tuméfaction de la loge parotidienne pour confirmer ou infirmer le siège intra-parotidien de la tuméfaction, tout en précisant sa taille. Elle permet une bonne exploration du lobe superficiel avec une sensibilité de 90% et aussi de guider la cytoponction. Les critères échographiques en faveur de la bénignité sont l'aspect homogène, hypoéchogène, les contours nets et réguliers. L'aspect anéchogène avec renforcement postérieur oriente vers le diagnostic de cystadénolymphome. Cependant, c'est un examen opérateur dépendant (2,5) et qui ne permet pas de bien explorer la partie antérieure du lobe profond ainsi que le prolongement pharyngé (2,11). Dans notre série, l'échographie a été pratiquée en première intention chez tous les patients et elle a confirmé la présence de la tumeur dans 100% des cas. Elle a évoqué la bénignité dans 87,8% des cas. Le caractère kystique a été révélé dans 8 cas.

La tomodensitométrie (TDM) est actuellement supplantée par l'imagerie par résonance magnétique (IRM). La TDM reconnaît les tumeurs du lobe profond ou à prolongement parapharyngé. Cependant, l'aspect TDM des différents types histologiques des tumeurs parotidiennes bénignes n'est pas spécifique (12). L'IRM est incontestablement le meilleur examen d'imagerie pour explorer les tumeurs parotidiennes. Elle permet de différencier entre une tumeur parotidienne profonde et une tumeur de l'espace parapharyngé,

comme elle peut différencier entre une localisation au niveau du lobe superficiel ou du lobe profond. L'IRM a un très grand intérêt non seulement dans l'orientation vers la bénignité mais aussi dans l'orientation vers le diagnostic histologique de la tumeur. Un coefficient de diffusion (CDA) élevé supérieur à $1,2 \times 10^{-3}$ mm²/seconde et un pic de rehaussement ascendant et tardif sont évocateurs de bénignité et plus particulièrement d'un adénome pléomorphe (12,13,14). Ce dernier est en hypersignal T2, il a des contours lobulés et une capsule complète. Le cystadénolymphome est évoqué devant l'association d'une lésion à limites nettes, d'un signal intermédiaire en T1 et T2, de zones focales en hypersignal T1 et en signal variable en T2, d'un pic de rehaussement et d'un wash-out précoces (12,13).

Le tableau 3 résume l'apport des différentes techniques d'imagerie dans l'exploration de l'adénome pléomorphe et du cystadénolymphome.

Caractéristiques radiologiques	Adénomes pléomorphe	Cystadénolymphome
ECHOGRAPHIE	Hypoéchogène Ovale / Ronde Bien limité	Hypoéchogène/Anéchogène Ovale / Ronde Bien limité
TDM	Non spécifique	Non spécifique
IRM	Aspect solide Contours lobulés Hypo / iso T1 Hyper T2 Capsule complète CDA > $1,22 \times 10^{-3}$ mm ² /sec Tpic tardif	Aspect solido-kystique Limites nettes Hyper T1 Signal intermédiaire T1/T2 Zones focales en signal variable T2 Wash-out précoce Tpic rapide

Tableau 3 : Aspects radiologiques de l'adénome pléomorphe et du cystadénolymphome

La cytoponction à l'aiguille fine est un geste aisé, peu coûteux, bien toléré par le patient et dont le résultat est rapide. Elle présente un réel intérêt diagnostique dans le bilan des tuméfactions de la parotide malgré ses limites (sensibilité de 61 à 91%, spécificité de 61 à 100%). Le diagnostic de certitude reste toutefois anatomopathologique. Dans les séries tunisiennes, le taux des patients ayant bénéficié d'une cytoponction entre 1979 et 2007 varie de 0 à 9,3% (14). Dans notre série, la cytoponction a été pratiquée seulement chez 8 patients. Le traitement des adénomes pléomorphes est chirurgical, recommandé par le double risque de croissance continue et de cancérisation de la tumeur.

En pratique, le type de parotidectomie se décide en peropératoire. La préservation du nerf facial est de règle. Mis à part les adénomes pléomorphes du lobe profond et du prolongement pharyngien où la parotidectomie totale conservatrice est unanimement admise, la conduite vis-à-vis des adénomes pléomorphes du lobe superficiel est discutée. La simple énucléation est maintenant abandonnée devant le risque élevé de récidives (60 à 83%).

Par contre, le choix entre une parotidectomie totale conservatrice et une parotidectomie exofaciale doit tenir compte des risques d'une part d'une exérèse incomplète conduisant à une récurrence, et d'autre part de dissection plus ou moins élargie du nerf facial (4,5).

Certains auteurs (15,16) tiennent à la parotidectomie totale pour les adénomes pléomorphes quel que soit le siège de la tumeur.



Les arguments évoqués sont que :

- La division de la parotide en lobe superficiel et lobe profond par le nerf facial ne peut être retenue, il s'agit d'une même unité anatomique et histologique.
- La possibilité d'erreur de diagnostic histologique extemporané fait que la parotidectomie totale d'emblée représente le geste adéquat.
- L'existence de foyers multifocaux, de nodules satellites, de l'extension à distance ainsi que le risque de rupture capsulaire tumorale lors du geste de chirurgie partielle est mal appréciée macroscopiquement et peut entraîner une récurrence ultérieure.
- La difficulté de traitement des récidives et le grand risque encouru pour le nerf facial en cas de reprise.
- Le devenir incertain des récidives et leur risque de dégénérescence.
- La parotidectomie totale permet de réduire le taux de récurrence à 3 à 4% (4).

D'autres auteurs, se basant sur des taux de récurrences comparable à celui de la parotidectomie totale, optent pour la parotidectomie exofaciale pour les adénomes pléomorphes du lobe superficiel, de taille inférieure à 3 cm, situées à distance du nerf facial et du canal de Sténon, chez un sujet d'âge moyen avec absence de doute à l'examen extemporané. Ce choix permet de réduire le temps opératoire et de diminuer le taux de complications post-opératoires (16).

Enfin, sachant qu'une parotidectomie n'est jamais totale quand on connaît les difficultés pour enlever tous les lobules glandulaires (3,16), et sur la base d'un taux de récurrence comparable à celui des parotidectomies totales et exofaciales, certaines équipes proposent même une dissection extracapsulaire qui correspond à une énucléation élargie au tissu sain de voisinage ou une parotidectomie superficielle partielle (17). Cette technique est réalisée quand la taille et la localisation de la tumeur permettent de mobiliser totalement la tumeur et d'assurer une marge de sécurité sans exposer le patient à la récurrence (17). Dans notre série, parmi les 31 patients ayant un adénome pléomorphe, nous avons réalisé une parotidectomie exofaciale dans 22 cas et une parotidectomie totale dans 9 cas.

Le traitement chirurgical de choix du cystadénolymphome est la parotidectomie superficielle conservatrice du nerf facial, quand la tumeur est localisée au lobe superficiel et une parotidectomie polaire inférieure, en cas de tumeur de siège postéro-inférieur. Dans ce dernier cas, certains auteurs préfèrent la parotidectomie exo-faciale d'emblée vue la possibilité de multifocalité de ces tumeurs. Dans les rares cas où le cystadénolymphome siège dans le lobe profond, une parotidectomie totale s'impose (3).

Certains auteurs (5) recommandent l'abstention thérapeutique devant un cystadénolymphome survenant chez le sujet âgé et dont le diagnostic a été évoqué sur les données de la cytoponction et de l'IRM et que le risque de dégénérescence est exceptionnel. D'autres auteurs pensent cependant que cette attitude est dangereuse devant le risque de faux positifs (10).

Dans notre série, le traitement des cystadénolymphomes avait consisté en une parotidectomie exofaciale dans 12 cas, une parotidectomie totale dans un cas et une énucléa-

tion dans 3 cas. L'examen anatomopathologique extemporané est indispensable et systématique. Son but est d'éliminer une tumeur maligne et de permettre un complément de prise en charge chirurgical selon le type histologique (11). La fiabilité de cet examen est de 96% (1).

Les taux de faux positifs et de faux négatifs pour les tumeurs bénignes sont respectivement de 1,1% et 2,6% (2). Dans notre série, l'examen extemporané était concordant avec l'examen définitif dans 100% des cas.

Les complications post-opératoires suite à la chirurgie parotidienne sont nombreuses. Les complications infectieuses se voient dans 2,7 à 3,8% des cas. Les hématomes sont rapportés dans 3,8% des cas (5). La paralysie faciale peut être due à une section accidentelle ou à une dissection laborieuse du nerf facial ou de l'une de ses branches. Elle est transitoire ou définitive, totale ou partielle. Une parotidectomie totale est plus pourvoyeuse de paralysie faciale qu'une parotidectomie partielle (35,3% contre 9,5%) (5,8). Dans notre série, la paralysie faciale a été observée chez 6 patients (12,5%) dont 2 ayant eu une parotidectomie totale. Parmi ces 6 patients, deux avaient une tumeur mal limitée dont l'exérèse était difficile. Le syndrome de Frey est rapporté dans 10 à 30% des cas.

Le traitement médical consiste en une injection sous-cutanée de toxine botulique dans la zone d'hypersudation localisée par le test de Minor. Les fistules salivaires peuvent s'observer après parotidectomie partielle et non après parotidectomie totale. L'hypoesthésie du pavillon de l'oreille, résultant de la lésion chirurgicale de la branche antérieure du nerf grand auriculaire, est estimée à 30% (4). La symptomatologie régresse progressivement au cours de l'année suivant la chirurgie, probablement par régénération partielle du nerf ou par compensation par les nerfs adjacents. L'évolution de l'adénome pléomorphe est greffée de récurrences et de transformation maligne.

Le délai de survenue de la récurrence est en moyenne de 10 ans après la chirurgie initiale. Le nombre de nodules satellites est largement sous-estimé (16,18). Ceci est d'autant plus important que l'âge est plus jeune et que la chirurgie est incomplète. La transformation maligne est rare mais non exceptionnelle (6,2%). L'évolution du cystadénolymphome est en général favorable. Les récurrences après traitement chirurgical sont rares (2 à 5,5%). La transformation maligne est encore plus rare (1%). Elle peut intéresser soit la composante épithéliale, sur le mode d'un carcinome épidermoïde, d'un adénocarcinome ou d'un carcinome muco-épidermoïde soit la composante lymphoïde, à l'origine d'un lymphome (1,19).

CONCLUSION

Le développement des techniques de l'imagerie a permis actuellement d'évoquer le diagnostic de bénignité d'une tumeur parotidienne et même d'évoquer fortement un diagnostic anatomopathologique. Le choix de l'intervention chirurgicale est guidé par la localisation et l'étendue de la tumeur et par le type histologique, tout en pesant les risques et les bénéfices d'une chirurgie plus ou moins élargie d'une pathologie tumorale bénigne.



REFERENCES

- 1) Eveson JW, Auclair P, Gnepp DR, El Naggar AK. Tumors of the salivary glands: Introduction. Dans: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, eds. Pathology and genetics head and neck tumours. Lyon: IARC Press, 2005:212-5.
- (2) De Ru JA, Van Leeuwen MS, Van Bentben PP, Veltbuis BK, Hordijk GJ. Do magnetic resonance imaging and ultrasound add anything to the preoperative workup of parotid gland tumors? *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:945-52.
- (3) Gehanno P, Guerrier B, Pessey JJ, Zanaret M. Rapport sur les tumeurs parotidiennes. Paris 2003.
- (4) Bonfils P. Tumeurs des glandes salivaires. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-628-B-10, 2007.
- (5) Bozzato A, Zenk J, Greess H et al. Potential of ultrasound diagnosis for parotid tumors: analysis of qualitative and quantitative parameters. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;137:642-6.
- (6) Al-Khateeb TH, Ababneh KT. Salivary tumors in north Jordanians: A descriptive study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;103:e53-e59.
- (7) Mrad K, Ben Brahim E, Driss M, Abbes I, Marakchi M, Ben Romdhane K. Lymphoepithelioma-like carcinoma of the submandibular salivary gland associated with Epstein-Barr virus in a north African woman. *Virchows Arch* 2004;445:419-20.
- (8) Moatemri R, Belajouza H, Farroukh U et al. Profil épidémiologique des tumeurs des glandes salivaires dans un CHU tunisien. *RevStomatolChir Maxillofac* 2008;109:148-52.
- (9) Just PA, Miranda L, Elouaret Y, Meatchi T, Hans S, Badoual C. Classification des tumeurs des glandes salivaires. *Ann Oto LaryngolChir Cervicofac* 2008;125:331-40.
- (10) Paris J, Facon F, Chrestian MA, Giovanni A, Zanaret M. Approche diagnostique des tumeurs de warthin: clinique cytoponction et IRM. *RevLaryngolOtol Rhinol* 2004;125:65-9.
- (11) Paris J, Zanaret M. Bilan d'une tumeur parotidienne isolée. *Ann OtolaryngolChir Cervicofac* 2004;121:251-6.
- (12) Halimi P, Gardner M, Petit F. Les tumeurs des glandes salivaires. *Cancer Radiother* 2005;9:251-60.
- (13) Freling NJM. IRM dans le diagnostic des tumeurs de la parotide. *Ann Radiol* 1991;34:114-7.
- (14) Folia M, Kany M, Fillola G, Serrano E, Pessey JJ. Intérêt de la ponction cytologique et de l'IRM dans les tuméfactions parotidiennes. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 2002;123:153-7.
- (15) Aversa S, Ondolo C, Bollito E, Fadda G, Conticello S. Preoperative cytology in the management of parotid neoplasms. *Am J of Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;27:96-100.
- (16) Kennel P, Herman D, Piller P, Stierle JL, Conraux C. Récidive des adénomes pléomorphes de la glande parotide à propos de 15 cas. *J Fr Otorhinolaryngol* 1994;43:113-6.
- (17) Johnson JT, Ferlito A, Fagan JJ, Bradley PJ, Rinaldo A. Role of limited parotidectomy in management of pleomorphic adenoma. *J Laryngol Otol* 2007;121:1126-8.
- (18) Guerrier B, Mustin V, Makeieff M, Maurice N, Crampette L. Récidives et reprises des adénomes pléomorphes de la parotide. *J Fr Otorhinolaryngol* 1993;42:256-61.
- (19) Mariano E, Lo Muzio L, Favia G, Piattelli A. Warthin's tumour: a study of 78 cases with emphasis on bilaterality, multifocality and association with other malignancies. *Oral Oncol* 2002;38:35-4