

LES TUMEURS MALIGNES DE LA PAROTIDE

N. BELTAIEF, S. TABABI, S. ATALLAH, M. H. BEN MANSOUR, L. OUERTATANI,
A. CHARFI, R. ZAININE, S. KHARRAT, S. TRABELSI, S. SAHTOUT, G. BESBES.

SERVICE D'ORL LA RABTA - TUNIS

RESUME

Buts : Analyser les divers aspects cliniques, histologiques et thérapeutiques des tumeurs malignes de la parotide.

Méthode : Étude rétrospective portant sur 17 cancers parotidiens opérés dans le service d'ORL de la Rabta entre 1994 et 2006.

Résultats : Sur une période de 13 ans, suite à 77 parotidectomies pour tumeur parotidienne, nous avons diagnostiqué 17 cas de cancers parotidiens soit un pourcentage de 22% de l'ensemble des tumeurs parotidiennes, réparties en 6 types histologiques. L'âge moyen des patients est de 49 ans avec des extrêmes allant de 16 à 86 ans et un pic à la 7ème décennie de vie. Le sex-ratio est égal à 1,8. Quatre cas de Paralysies faciales (PF) transitoires et un cas de PF définitive ont été déplorés. Deux cas de récurrence ont été notés et repris chirurgicalement.

Conclusion : Les cancers de la parotide se caractérisent par une grande diversité histologique. Le pronostic dépend du type histologique, du stade évolutif et du traitement.

Mots clés : parotide, cancer, tuméfaction parotidienne.

SUMMARY

Aim : to analyse clinical, histopathologic and therapeutic aspects of parotid cancers.

Method : data from a retrospective study of 17 cases treated in the ENT department of Rabta hospital between 1994 and 2006.

Result : in this period 77 patients were operated of parotid tumors, 17 of them were malignants (22%) divided on 6 different histological types. Mean age was 49 years and sex ratio was 1.8. Transitory facial palsy was observed in 4 patients. Only one definitive facial palsy was observed. Recurrence was observed in 2 patients. They were operated and received a complement of raditherapy.

Conclusion : Parotid cancers are characterised by great histopathological variety. Their prognosis depends on histological type, tumor stage and treatment

Keys words : Parotid gland, cancer, parotid tumor.

INTRODUCTION

Les tumeurs malignes des glandes salivaires constituent une entité relativement rare. La majorité de ces tumeurs touchent la parotide (1). Elles suscitent un grand intérêt par leurs variétés de présentation clinique, de leurs caractéristiques histologiques et évolutives à l'origine de difficultés diagnostiques et des controverses dans leur prise en charge thérapeutique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 17 cancers parotidiens opérés dans notre service entre 1994 et 2006, incluant les tumeurs épithéliales et non épithéliales. Tous nos patients ont eu un bilan clinique et une exploration paraclinique avant la chirurgie, complété par un bilan d'extension général en post opératoire.

RESULTATS

Sur une période de 13 ans, suite à 77 parotidectomies pour tumeur parotidienne, nous avons diagnostiqué 17 cas de cancers parotidiens soit un pourcentage de 22% de l'ensemble des tumeurs parotidiennes, réparties en 6 types histologiques (tableau I)

Type Histologique	Nombre de cas
Tumeurs épithéliales	
Carcinome mucoépidermoïde	5
Carcinome sur tumeur mixte	6
Carcinome ductulaire salivaire	1
Carcinome myo-épithélial	1
Tumeurs non épithéliales	
Maladie de Hodgkin	3
Lymphome malin non hodgkinien	1

Tableau I : Répartition des tumeurs malignes de la parotide selon le type histologique

L'âge moyen des patients est de 49 ans avec des extrêmes allant de 16 à 86 ans et un pic à la 7ème décennie de vie. Le sex-ratio est égal à 1,8. Le délai moyen de consultation est de 26 mois avec des extrêmes allant de 1 mois à 10 ans.

Le motif de consultation principal est la tuméfaction de la



région parotidienne dont la taille varie entre 1,5 et 12 cm. Elle s'associe à une douleur dans 5 cas, une paralysie faciale (PF) dans un cas, des adénopathies cervicales dans 7 cas, un trismus dans un cas, des otalgies dans 2 cas. Cette tuméfaction était dure dans 8 cas, fixée dans 7 cas, dure et fixée dans 7 cas et douloureuse chez 5 patients.

L'examen de la cavité en particulier ainsi que de l'orifice du canal de Sténon était sans anomalie dans tous les cas. Les glandes sub-mandibulaires étaient normales dans tous les cas. L'examen du cavum a été systématique chez tous les patients, 4 biopsies ont été pratiquées revenues négatives.

L'échographie a été pratiquée pour tous les patients ; la malignité a été suspectée dans 4 cas. Trois patients ont bénéficié d'une exploration tomodynamométrique. Il s'agissait dans le premier cas d'une suspicion clinique d'envahissement de la fosse infratemporale confirmée au scanner, c'était un Carcinome muco-épidermoïde ; le deuxième patient avait une masse de la région massétérienne gauche, c'était un Carcinome sur tumeur mixte (figure 1). Le troisième scanner était pratiqué pour un patient qui se présentait avec une énorme masse dure de la région parotidienne gauche, c'était aussi un Carcinome sur tumeur mixte.(figure 2)

Trois patients ont bénéficié d'exploration par imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM). Le premier patient se présentait avec un bombement parapharyngée, c'était un Carcinome sur tumeur mixte. Les deux autres patients se présentaient avec une masse parotidienne dont les limites ne sont pas évidentes à l'échographie avec une extension au lobe profond ; c'était une maladie de Hodgkin dans les deux cas.(figure 3)

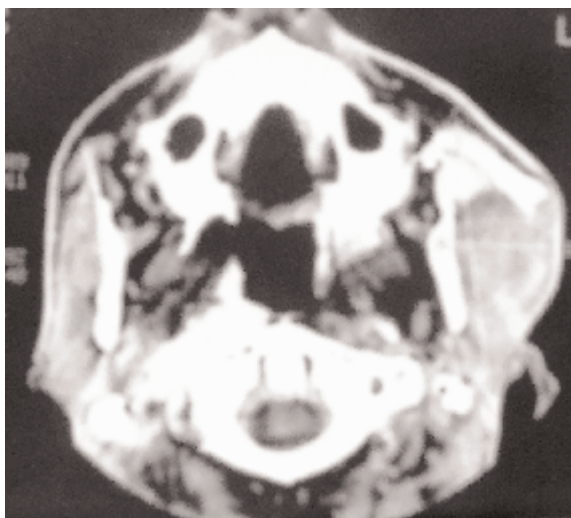


Fig. 1 : TDM injectée en coupe axiale : importante masse tissulaire de la région massétérienne gauche.

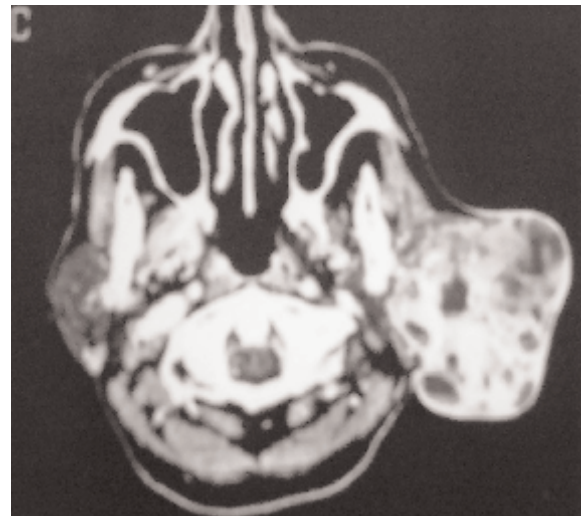


Fig. 2 : TDM injectée en coupe axiale : masse hétérogène de la parotide avec des zones liquidiennes et des calcifications.

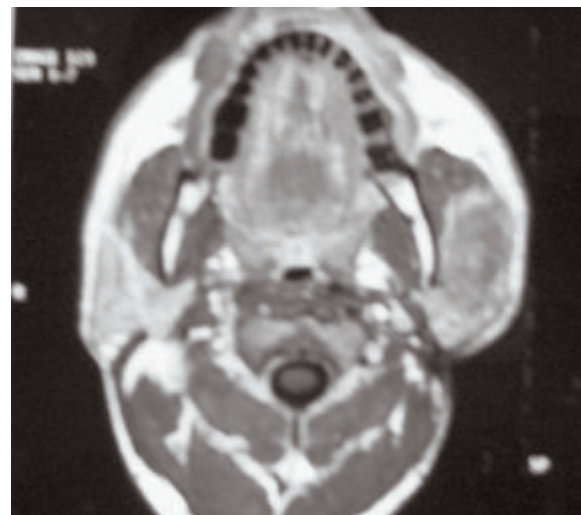


Fig.3 : IRM en coupe axiale pondéré en T1 avec injection de Gadolinium : processus expansif parotidien intéressant les lobes superficiel et profond, se rehaussant modérément après injection.

La Conduite thérapeutique dans notre série était :
-Biopsie parotidienne dans 2cas. Le premier patient est suivi en hématologie pour maladie de Hodgkin à localisation cervicale et médiastinale sous chimio et radiothérapie, il a développé une masse parotidienne gauche associée à une paralysie faciale, l'examen anatomopathologique a confirmé l'infiltration par des cellules Hodgkiniennes. Il a été réadressé en hématologie pour complément de traitement. Le deuxième patient se présentait avec une masse parapharyngée et adénopathie sous digastrique. Il a bénéficié d'une cervicotomie avec biopsie tumorale (tumeur inextirpable : envahissement vasculaire sur l'IRM) et curage triangulaire. C'était un carcinome épidermoïde mature sur tumeur mixte à l'examen



anatomopathologique définitif. Une radiothérapie a été indiquée.

-parotidectomie exo-faciale (PEF) dans 2 cas. L'examen extemporané postulait la bénignité mais, dans les deux cas, c'était un carcinome sur tumeur mixte à l'examen anatomopathologique définitif. Ils ont bénéficié d'une totalisation avec curage fonctionnel.

-parotidectomie sub-totale (PST) dans 1 cas pour tumeur mixte mais c'était un carcinome muco-épidermoïde à l'examen anatomopathologique définitif. Il a bénéficié d'un complément de totalisation avec curage fonctionnel.

-parotidectomie totale conservatrice (PTC) dans 11 cas

-parotidectomie totale non conservatrice (PTNC) dans 1 cas

Il a été associé à la parotidectomie un geste ganglionnaire dans 12 cas :

-Evidement classique dans 1 cas

-Evidement fonctionnel dans 7 cas

-Evidement triangulaire dans 2 cas

-Curage sélectif des zones II et III dans 1 cas

-Prélèvement sous digastrique dans 1 cas

L'examen extemporané a été non concluant dans 3 cas : il s'agissait en fait d'une maladie de Hodgkin dans 2 cas et d'un carcinome ductulaire salivaire qui a bénéficié d'une reprise pour curage ganglionnaire fonctionnel qui s'est avéré métastatique.

Une discordance entre l'examen extemporané et l'examen anatomopathologique définitif a été notée dans 4 cas se répartissant comme suit :

Deux patients ont eu une PEF, l'examen extemporané affirme la bénignité mais l'examen anatomopathologique définitif trouve un carcinome sur tumeur mixte dans les 2 cas. Les deux patients ont bénéficié d'une totalisation avec curage fonctionnel.

Les deux autres patients ayant subi respectivement une PST et une PTC pour tumeur mixte, ont été repris. Le premier a bénéficié d'un complément de totalisation avec curage fonctionnel pour carcinome muco-épidermoïde. Le deuxième a bénéficié d'un curage fonctionnel.

Les suites opératoires ont été marquées par une surinfection de la plaie opératoire dans un cas, quatre cas de PF transitoires avec une récupération satisfaisante dans un délai variant de 1 mois à un an, un cas de PF définitive, aucun cas de syndrome de Frey et aucun cas de fistule salivaire.

Concernant l'évolution, 15 patients ont bénéficié d'une radiothérapie complémentaire. Deux cas de récurrence ont été constatés avec un recul moyen de 15 mois : Une récurrence d'un carcinome muco-épidermoïde après parotidectomie totale ayant nécessité une reprise de parotidectomie avec sacrifice du facial et curage ganglionnaire, Une récurrence ganglionnaire d'un carcinome muco-épidermoïde après parotidectomie totale.

DISCUSSION

Les tumeurs des glandes salivaires constituent moins de 3% de l'ensemble des tumeurs, 80 % de ces tumeurs touchent la parotide mais uniquement 20 à 40% de ces tumeurs sont malignes (1).

Ces tumeurs touchent préférentiellement l'adulte et le sujet âgé (2), elle restent rares chez l'enfant chez qui selon Triglia, une tumeur sur trois est maligne et sont dominées par les tumeurs mésenchymateuses surtout le rhabdomyosarcome (3). La répartition est pratiquement identique entre les 2 sexes (4)

La malignité des tumeurs parotidiennes peut être suspecté en se basant sur un faisceau d'arguments cliniques et d'imagerie. Sur le plan clinique la douleur, la paralysie faciale, l'atteinte ganglionnaire doivent attirer l'attention du clinicien. L'augmentation rapide de taille oriente plutôt vers les lymphomes, les carcinomes épidermoïdes et les tumeurs indifférenciées.

Toutefois leur valeur diagnostique n'est pas absolue. Spiro rapporte 9% de tumeurs malignes évoluant depuis plus de 10 ans (5,6).

Sur le plan para-clinique, l'échographie permet d'orienter vers la malignité dans 80% des cas montrant un aspect inhomogène avec des limites floues et irrégulières. Sa sensibilité dans la détection des tumeurs du lobe superficiel est voisine de 100%. (7) La TDM complète l'exploration du lobe profond de la parotide, cependant la valeur diagnostique de bénignité ou de malignité de l'IRM est meilleure (6).

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

Sur le plan thérapeutique, la parotidectomie totale s'impose de façon systématique en cas de tumeur maligne révélée lors de l'examen histologique extemporané. Cependant la totalisation est discutée pour les patients ayant bénéficié d'une PEF avec une malignité prouvée à l'examen anatomopathologique définitif, on peut s'abstenir en cas de tumeur de bas grade de malignité avec des marges de résection saines (9) Le sacrifice du nerf facial ne doit être fait qu'en cas d'envahissement tumoral de celui-ci (6)

En ce qui concerne les évidements ganglionnaires, un curage fonctionnel sera pratiqué chaque fois qu'il y a des adénopathies cervicales palpables, si non un curage sélectif des zones II, ou II et III qui sera complété si positif à l'examen histologique extemporané par un curage fonctionnel (10,11)

Dans le traitement des cancers parotidiens, toutes les études confirment l'amélioration du pronostic en cas d'association chirurgie-radiothérapie plutôt que chirurgie seule ou radiothérapie seule (12, 13, 14,15)

Garden (16) rapporte les résultats de la radiothérapie



externe post-opératoire sur une large cohorte de patients dont l'exérèse macroscopique était complète. Il retient les indications suivantes, actuellement admises par la plupart des auteurs :

- *limites d'exérèse chirurgicales envahies
- *marges d'exérèse chirurgicales infra millimétriques
- *tumeurs de haut grade de malignité
- *extension tumorale extra-glandulaire
- *adénopathies envahies
- *extension au lobe profond

Il confirme les bons résultats obtenus au niveau local et régional pour ces patients à risque avec 9% de récurrence locale et 6% de récidives ganglionnaires.

L'association chirurgie-radiothérapie est utilisée en raison du taux souvent élevé de récurrence locale (30 à 50% selon les études), ce qui concerne essentiellement les tumeurs dites à forte malignité : carcinome muco-épidermoïde de haut grade, tumeur mixte maligne, adénocarcinome, carcinome indifférencié et carcinome épidermoïde (18,19).

La radiothérapie peut être aussi exclusive à visée palliative, pour les tumeurs inextirpables ou les malades non opérables dont le pronostic est sombre (15)

CONCLUSION

Les tumeurs malignes de la parotide sont relativement rares. L'imagerie et surtout l'IRM est d'un grand apport pour le clinicien dans le bilan d'extension et l'orientation vers la malignité. La ponction cytologique insuffisamment pratiquée sous nos cieux semble être la perspective de l'avenir. Le traitement se base sur la chirurgie et la radiothérapie complémentaire.

REFERENCES

- 1- Harish K, Management of primary malignant epithelial parotid tumors Surgical Oncology (2004) 13; 7-16
- 2- Christian G, MD. Parotid carcinoma: impact of clinical factors on prognosis in a histologically revised series. Laryngoscope 2003; 113: 1411-17.
- 3-Aloui D, les tumeurs parotidiennes de l'enfant, à propos de 12 cas. Thèse de médecine, Tunis 2002
- 4- Ouididi A, Boulaich. Tumeurs malignes de la parotide- A propos de 115 cas. J F ORL 2001; 50 : 11-15.
- 5- Carrerall M, Errington RD. The implication of improved treatment of malignant salivary gland tumors by fast neutron radiotherapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1981; 7: 1737- 1738.
- 6- Ben Gamra O., Mbarek Ch., Zribi S. et al. Les tumeurs malignes de la Parotide J. Tun Orl – 2004; 13
- 7- Trappe ; M, Marsot K. Exploration des glandes salivaires. Ann de Radiologie, 1991 ;34 (1-2) : 98-109.
- 8- Al Khafaji BM, Nestok BR. Fine needle aspiration of 154 parotid masses with histologic correlation: ten year experience at the university of texas M.D. Anderson Cancer Center. Cancer 1998; 84(3): 153-9.
- 9- Carinci F, Farina A. Parotid gland carcinoma : Surgical strategy based on local risk factors. J Craniofac Surg 2001 ; 12 (5) : 434-437.
- 10- Coiffier T, Aidan D. Les tumeurs malignes de la parotide à propos de 60 cas. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac, 113, 419-424.
- 11- Harsh K. Management of primary malignant epithelial parotid tumors. Surgical Oncology 2004 ; 13 : 7-16.
- 12-Coiffier T, Aidan D; Les tumeurs malignes de la parotide. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac, 1996;113:419-24
- 13-Makeieff M, Maurice N ; Stratégie diagnostique et thérapeutique des tumeurs de la parotide Cah ORL 1996 ;1 :9-16
- 14-Ruax CH , Les tumeurs de la parotide; thèse de médecine France Toulouse 1991
- 15-Urwald O, les tumeurs de la parotide ; thèse de médecine France Reims 2001
- 16-Garden AS, Elnajjar AK ,postoperative radiotherapy for malignant tumors of the parotid gland ; Int J Radiat Oncol Biol Phys 1997;37:79-85
- 17-Gehanno P, Guerrier B; Rapport sur les tumeurs parotidiennes; Paris 2003
- 18-Fordice J, El-naggar; Adenoid cystic carcinoma of the head and neck : predictors of morbidity and mortality ; Arch Otol Head Neck Surg 1999;125:149-52