

# LES TUMEURS PAROTIDIENNES : À PROPOS DE 43 CAS

K. AKKARI, S. CHNITIR, A. MARDASSI, A. SETHOM, I. MILED, S. BENZARTI, M K. CHEBBI

SERVICE D'ORL ET DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE DE L'HÔPITAL MILITAIRE PRINCIPAL  
D'INSTRUCTION DE TUNIS

## RESUME

Les tumeurs des glandes salivaires sont rares, dominées en fréquence par les tumeurs parotidiennes. Elles sont caractérisées par une grande hétérogénéité morpho-histologique. Cliniquement, elles se manifestent le plus souvent par une masse parotidienne non spécifique.

A l'examen histologique, les formes bénignes sont les plus fréquentes dominées par l'adénome pléomorphe.

Le traitement de ces tumeurs demeure chirurgical en premier lieu. Néanmoins, la complication majeure de cette chirurgie reste la paralysie faciale pouvant être transitoire ou permanente.

Le but de cet article est d'analyser chez 43 patients suivis et traités d'une tumeur parotidienne les différents aspects épidémiocliniques, radiologiques et histologiques de ces tumeurs.

**Mots clés :** Tumeurs, glandes salivaires, glande parotide, adénome pléomorphe, formes bénignes, chirurgie, paralysie faciale.

## SUMMARY

Tumors of the salivary gland are rare, arising predominantly in the parotid gland. They display great pathomorphological variation. Clinically, this tumors manifest, often, as nonspecific parotid masses.

Histopathological examination of the tumor specimens' shows that benign tumors are more frequent, dominated by the pleomorphic adenoma. Treatment of these tumors is mostly surgical. However, facial nerve paralysis remains the main complication of parotid surgery.

This study was a retrospective analysis of 43 cases of parotid tumors. Epidemical, clinical, radiological and histological features were studied.

**Key words :** Tumors, salivary gland, parotid gland, pleomorphic adenoma, benign tumors, surgery, facial nerve paralysis.

## INTRODUCTION

La pathologie tumorale des glandes salivaires demeure relativement rare représentant 3 à 4 % de l'ensemble des tumeurs de la tête et du cou. Leur localisation parotidienne est prédominante.

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

Le mode de révélation le plus fréquent est l'apparition d'une tuméfaction cervicale de la loge parotidienne.

Les examens complémentaires, et en l'occurrence l'imagerie, apportent certains arguments en faveur du diagnostic étiologique. Toutefois, seule une parotidectomie exploratrice couplée à un examen anatomopathologique permet d'affirmer la nature histologique exacte de la lésion.

Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 43 cas de tumeurs parotidiennes suivis et traités au service d'ORL et de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital militaire

principal d'instruction de Tunis sur une période de 10 ans allant de 1996 à 2005.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 43 patients ayant été suivis et traités pour une tumeur parotidienne.

La série a été colligée sur une période de 10 ans, allant de 1996 à 2005, au service d'ORL et de Chirurgie Maxillo Faciale de l'Hôpital Militaire de Tunis.

Dans notre étude, nous avons étudié l'âge, le sexe, les antécédents pathologiques ainsi que les signes d'appel amenant les patients à consulter.

En plus de l'examen clinique, tous nos patients ont bénéficié d'une échographie cervicale explorant les loges parotidiennes et les aires ganglionnaires cervicales. Un complément d'imagerie a été demandé pour 20 patients : tomodensitométrie dans 11 cas et IRM dans 9 cas.

Le traitement chirurgical était systématique avec examen anatomo-pathologique extemporané dans 41 cas.



En post opératoire, l'évolution a été jugée essentiellement sur des critères cliniques.

**RESULTATS**

L'âge moyen de nos patients était de 42 ans avec des extrêmes allant de 20 à 77 ans. Le pic de fréquence était constaté au niveau de la 4ème décade (32,5 % des malades). Le sex-ratio était de 2,58 avec une nette prédominance masculine (72 % des cas).

Un patient a été déjà opéré en 1986 pour une tumeur parotidienne gauche à l'institut Salah Azaiez.

Les signes fonctionnels ayant amené les patients à consulter étaient dominés par la constatation d'une tuméfaction cervicale dans tous les cas.

A l'examen clinique, une tuméfaction parotidienne unilatérale a été palpée chez tous les patients. Elle était de siège droit dans 26 cas et gauche dans 17 cas. Sa consistance était ferme dans 38 cas et dure dans 5 cas. Elle s'associait à une adénopathie cervicale dans 5 cas, une paralysie faciale dans 3 cas, une otalgie réflexe dans un cas et des douleurs cervicales dans un cas. La taille moyenne clinique de la tuméfaction était de 3,22 cm et la peau en regard était saine dans tous les cas. Le signe de Nélaton était positif chez 9 patients soit 20% des cas.

Une échographie cervicale a été faite chez tous les patients. Elle avait décelé des signes radiologiques de présomption de malignité dans 7 cas. Par contre, la nature bénigne de la formation a été suggérée dans 16 cas essentiellement pour les adénomes pléomorphes devant des images hypoéchogènes hétérogènes bien limitées.

Une tomomodensitométrie parotidienne a été demandée pour 11 patients. Elle a révélé des masses parotidiennes limitées hétérogènes après injection de produit de contraste dans 7 cas. Ailleurs, divers autres signes radiologiques ont été notés : un processus tumoral localisé à la partie postérieure et superficielle de la glande parotide à contours réguliers et à densité liquidienne dans 1 cas, une masse arrondie de densité tissulaire bien circonscrite de 3 cm de grand axe développée aux dépens de la partie supérieure du lobe superficiel dans 1 cas, un processus tissulaire mal limité faisant 5 cm de grand axe étendu aux lobes superficiel et profond dans 1 cas et une tuméfaction globale de la glande parotide droite sans lésion focale individualisable avec de multiples formations arrondies ovalaires périphériques évoquant des adénopathies péri-glandulaires dans un autre cas.

L'imagerie par résonance magnétique a été faite dans 9 cas. Elle a évoqué un adénome pléomorphe dans 6 cas devant des formations nodulaires bien limitées rehaussées de façon hétérogène après injection de produit de contraste. Ailleurs, l'IRM révélait une formation tissulaire hétérogène développée aux dépens des 2 lobes superficiel et profond dans 1 cas, un processus tumoral hétérogène à centre nécrosé de la glande parotide droite avec prise de contraste intense à l'injection de produit de

contraste dans 1 cas et une formation nodulaire bien circonscrite de 3 cm de diamètre avec rehaussement périphérique après injection de produit de contraste dans un autre cas.

Tous les patients de notre étude avaient bénéficié d'une cervicotomie. Il s'agissait, en effet, d'une parotidectomie exo-faciale dans 28 cas, soit 65%, une parotidectomie totale conservatrice dans 12 cas, soit 28%, une parotidectomie totale non conservatrice dans 2 cas, soit 4,6% et une kystectomie dans 1 cas, soit 2,3%.

Un geste ganglionnaire a été associé, en cas de tumeurs malignes, dans 4 cas. Il s'agissait d'un curage fonctionnel dans 1 cas, un curage triangulaire dans 2 cas et un curage jugulo-carotidien dans 1 cas.

Un examen anatomopathologique extemporané a été fait chez 41 patients :

- Cet examen avait répondu « bénin » dans 37 cas, soit 86% des cas. L'examen anatomopathologique définitif avait conclu à : un adénome pléomorphe dans 26 cas, une tumeur de Warthin dans 6 cas, un hémangiome épithélioïde dans 1 cas et un kyste parotidien dans 2 cas. Toutefois, l'examen anatomopathologique définitif avait conclu à une maladie de Hodgkin dans 1 cas et à un carcinome muco-épidermoïde dans 1 cas.

- L'examen extemporané avait répondu « malin » dans 4 cas, soit 9% des cas. Il s'agissait, en effet, à l'examen anatomopathologique définitif d'un lymphome malin type MALT dans 1 cas, un carcinome muco-épidermoïde dans 2 cas et un carcinome adénoïde kystique dans 1 cas.

	Type histologique	Nombre	%
<b>Tumeurs Bénignes</b>	<i>Adénomes pléomorphes</i>	27	62,8
	<i>Tumeurs de Warthin</i>	7	16,3
	<i>Hémangiome épithélioïde</i>	1	2,3
	<i>Kyste parotidien</i>	2	4,6
<b>Tumeurs Malignes</b>	<i>Carcinome muco-épidermoïde</i>	3	6,9
	<i>Carcinome adénoïde kystique</i>	1	2,3
	<i>Maladie de Hodgkin</i>	1	2,3
	<i>Lymphome de type MALT</i>	1	2,3

**Tableau I : Types histologiques des tumeurs parotidiennes.**

En postopératoire immédiat, certaines complications avaient été notées. Il s'agissait en fait, de trois cas de surinfection de la plaie opératoire, cinq cas de paralysies faciales dont 3 avaient régressé sous traitement médical et kinésithérapie motrice dans des délais variables de 1 mois à un an et 2 cas de paralysies faciales définitives. Les deux patients ayant gardé une paralysie faciale définitive ont été traités pour une maladie de Hodgkin pour l'un et pour un lymphome malin de type MALT pour l'autre. Chez ce dernier, la paralysie faciale était présente avant même le geste opératoire. Tous les deux ont bénéficié d'un bilan d'extension comportant une radiographie du thorax, une échographie abdominale et un scanner thoraco-abdominal qui était négatif et avaient bénéficié d'un complément de traitement par chimiothérapie. Enfin,



un patient a présenté, une semaine après avoir été opéré d'une tumeur de Warthin, une fistule salivaire rétro-auriculaire qui s'est tarie spontanément sous pansement compressif.

Après un recul de 18 mois, 13 de nos malades, soit 30% ont été perdus de vue. L'évolution était bonne pour 28 patients.

## DISCUSSION

### Données épidémiologiques :

Chez l'homme, les tumeurs des glandes salivaires ne représentent que 0,2 à 0,6% de l'ensemble des tumeurs en général (1,2). La parotide est la glande la plus fréquemment atteinte soit 90% des tumeurs des glandes salivaires principales (3).

Selon certains auteurs, l'âge moyen d'apparition de ces tumeurs était de 45 ans et le pic de fréquence était constaté entre la 5ème et la 6ème décade (3). Les tumeurs parotidiennes touchent indifféremment les deux sexes (3). Dans notre série, l'âge moyen était de 42 ans et on a révélé une nette prédominance masculine avec un sex-ratio de 2,58.

L'examen clinique permet de réunir certains signes en faveur de la nature bénigne ou maligne de la tumeur parotidienne (2,4). Dans notre étude, l'adénome pléomorphe représentant le contingent prédominant des tumeurs bénignes a été suspecté devant une tuméfaction grossièrement arrondie, bien limitée de consistance ferme qui a augmenté progressivement de taille avec positivité inconstante du signe de Nélaton. Les tumeurs malignes, dominées par les carcinomes, ont été par contre, suspectées devant une masse irrégulière de consistance dure, fixée, ayant augmenté rapidement de taille et s'associant à des adénopathies cervicales ou à une parésie faciale.

### Données paracliniques :

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

La tomographie visualise parfaitement la glande parotide avec ses deux lobes superficiel et profond et précise la topographie des lésions et leur extension locorégionale. Elle atteste de l'agressivité de certaines tumeurs malignes et l'envahissement des tissus de voisinage. Toutefois, il n'existe pas de critère tomographique spécifique de la nature de la tumeur parotidienne (3,5). Dans notre série, la TDM a été faite dans 11 cas. L'aspect hétérogène de la masse, ses limites irrégulières, le réhaussement massif à l'injection du produit de contraste et la présence d'adénopathies satellites étaient

en faveur de la nature maligne dans 2 cas. Il s'agissait d'un cas de carcinome muco-épidermoïde et d'un autre cas de carcinome adénoïde kystique.

L'imagerie par résonance magnétique est un examen non invasif, autorisant des coupes dans tous les plans de l'espace. Sa valeur diagnostique de malignité ou de bénignité est très bonne (3,5,6,7,8). Dans notre série, l'IRM a suggéré la nature maligne chez 2 patients devant une masse hétérogène de contours irréguliers, en hypo signal T2, infiltrant les tissus adjacents et s'associant à des adénopathies cervicales. Il s'agissait, en effet, de 2 cas de carcinomes muco-épidermoïdes.

### Données anatomopathologiques :

Notre série a recensé 43 cas de tumeurs parotidiennes dont 37 étaient bénignes et 6 malignes. Dans la littérature, les tumeurs bénignes représentent les trois quarts de l'ensemble des tumeurs alors que celles malignes n'en représentent que le quart (1). L'adénome pléomorphe est la tumeur parotidienne bénigne la plus fréquente. Cette entité représente 65 à 75% de l'ensemble de toutes les tumeurs parotidiennes et 81% des tumeurs épithéliales bénignes. Cependant, la possibilité de transformation maligne des adénomes pléomorphes a été notée dans 2 à 9% des cas (9). Dans notre série, l'adénome pléomorphe représentait 62,8% des tumeurs. Aucun cas de dégénérescence maligne ni de récurrence locale d'un adénome pléomorphe n'a été noté. La tumeur de Warthin représente 14% des tumeurs parotidiennes bénignes et 5 à 10% des tumeurs de la parotide (9). C'est la 2ème tumeur par ordre de fréquence après l'adénome pléomorphe. Notre étude en recensait 7 cas soit 16,3%.

Les tumeurs parotidiennes malignes sont relativement rares représentant 8 à 25% de toutes les tumeurs parotidiennes et 0,3% de l'ensemble des cancers de l'organisme (2,3). Les adénocarcinomes constituent avec les carcinomes muco-épidermoïdes les types histologiques les plus fréquents (6,10). Notre série comportait 3 cas de carcinomes muco-épidermoïdes et un cas de carcinome adénoïde kystique. Les lymphomes représentent 16% des tumeurs malignes des glandes salivaires pouvant se développer aux dépens du système MALT constitué de lymphocytes et plasmocytes intra-glandulaires et intra-épithéliaux ou aux dépens du système lymphoïde des ganglions péri et intra-glandulaires (11,12,13). Notre étude comportait un seul cas de lymphome malin type MALT.

### Traitement des tumeurs parotidiennes : (14,15,16)

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

En présence d'une tumeur bénigne, plusieurs possibilités chirurgicales s'offrent au chirurgien selon le type anatomo-



mopathologique. En cas d'adénome pléomorphe, les auteurs préconisent de faire l'exérèse de la tumeur sans voir sa capsule afin d'éviter une récurrence post opératoire. Les indications thérapeutiques dépendent, outre, du siège et du volume tumoral, de l'âge du patient et des résultats de l'examen histologique extemporané. Les tumeurs de petite taille développées dans le tissu parotidien superficiel bénéficieront d'une parotidectomie exofaciale, alors que les tumeurs volumineuses à développement endo-facial feront l'objet d'une parotidectomie totale. Concernant l'âge, certains auteurs préconisent une parotidectomie totale chez les sujets jeunes même pour des petites tumeurs compte tenu du risque potentiel de récurrence tumorale dans cette population.

Dans notre série, 27 cas d'adénomes pléomorphes ont été identifiés. Ils avaient bénéficié d'une parotidectomie exofaciale dans 19 cas et d'une parotidectomie totale dans 8 cas.

L'attitude chirurgicale est différente en présence d'une tumeur maligne puisqu'une parotidectomie totale est préconisée quelle que soit la taille de la tumeur. Parfois, en cas de tumeurs malignes avérées, l'exérèse tumorale peut être élargie à la peau, aux muscles ou à certaines structures osseuses de voisinage. La dissection complète du nerf facial et de ses branches doit toujours être tentée mais en cas de grosses tumeurs infiltrant le nerf facial, celui-ci est sacrifié et on parle alors de parotidectomie totale non conservatrice. Dans notre étude, les 6 tumeurs malignes identifiées ont bénéficié d'une parotidectomie totale dont deux non conservatrices pour de grosses tumeurs infiltrant le nerf facial.

Un curage ganglionnaire est toujours associé au geste chirurgical en cas de malignité. Il peut être radical, fonctionnel ou triangulaire consistant en un évidement submandibulaire, sous digastrique et sus-homohyoïdien. Dans notre série, un curage ganglionnaire a été effectué dans 4 cas.

Les complications postopératoires sont de 2 ordres : non spécifiques à type d'hématomes et d'infections et spécifiques de la chirurgie parotidienne à type de paralysie faciale, de syndrome de Frey et de fistules salivaires (17).

La radiothérapie, en association avec la chirurgie améliore le pronostic des patients traités pour un cancer parotidien et diminue le taux de récurrence locorégionale (5,18). Ses indications selon les auteurs sont : les limites d'exérèse envahies, les tumeurs de haut grade, l'extension tumorale extra-glandulaire, la présence d'adénopathies envahies et l'extension au lobe profond. Dans notre série, 4 patients ont bénéficié à l'institut de carcinologie Salah Azaiez d'une radiothérapie externe à la dose de 60 Gray sur le lit tumoral et sur les aires ganglionnaires homolatérales à la tumeur. Il s'agissait de 3 cas de carcinome muco-épidermoïde et d'un cas de carcinome adénoïde kystique. La place de la chimiothérapie dans le traitement est réservée aux lymphomes et aux cancers très évolués (19).

## CONCLUSION

Ce travail nous a permis d'exposer les particularités épidémiologiques, histologiques et thérapeutiques des 43 patients recensés dans notre étude. Ces tumeurs relativement rares sont caractérisées par leur grande diversité. Elles posent en effet, des problèmes diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs. L'échographie est l'examen de première intention à demander. Elle confirme la localisation intra-parotidienne et oriente vers la bénignité ou la malignité de la masse. L'IRM constitue, désormais, l'examen de choix dans l'exploration des masses tumorales parotidiennes avec une bonne valeur diagnostique de malignité ou de bénignité. La cervicotomie exploratrice avec examen anatomopathologique extemporané demeure la clé du diagnostic positif. Les tumeurs parotidiennes bénignes représentent l'entité la plus fréquente et l'adénome pléomorphe demeure le type histologique prédominant. Quant aux tumeurs malignes, elles sont plutôt rares, dominées essentiellement par les carcinomes. Les indications thérapeutiques diffèrent selon le type histologique et l'extension de la tumeur. Le traitement chirurgical est l'option de choix. La paralysie faciale est la complication la plus fréquente de la chirurgie parotidienne. Elle est le plus souvent transitoire, rarement définitive due à une section d'une branche du nerf facial. Les récurrences tumorales en cas de tumeurs bénignes sont l'apanage de l'adénome pléomorphe surtout après parotidectomie exofaciale. Le pronostic des tumeurs malignes est tributaire de plusieurs facteurs : le grade tumoral, la taille tumorale, la présence d'adénopathies métastatiques, l'atteinte du nerf facial et la présence de métastases à distance.



## REFERENCES

- 1) Ben Romdhane K, Marrakchi R, Sioud H, Ben Ayed M. Les tumeurs des glandes salivaires, à propos de 93 cas. Tunisie médicale 1987 ;65 :681-6.
- 2) Bhourri A. Les tumeurs primitives de la glande parotide, à propos de 70 cas. Thèse de médecine, Monastir 1998.
- 3) Fontanel J, Poitout F, Klossek J. Tumeurs des glandes salivaires. EMC-oto-rhino-laryng (Paris, France), 20628-B10-1995, 10.
- 4) Kici S, Peytral C. Adénome pléomorphe géant de la parotide. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 2001 ;118 :330-2.
- 5) Urwald O. Les tumeurs de la parotide, notre attitude thérapeutique à propos de 185 cas ; Thèse de médecine ; France : Reims 2001.
- 6) Paris J. Les tumeurs de la parotide, données récentes. Thèse de médecine ; France : Marseille 2003.
- 7) Halimi P, Gardner M, Petit F. Les tumeurs des glandes salivaires. Cancer/Radiothérapie 2005 ;9 :251-60.
- 8) Raine C, Saliba K, Chippindale A J, McLean N R. Radiological imaging in primary parotid malignancy. British Journal of Plastic Surgery 2003 ;56 :637-43.
- 9) Boumaiza S. Les tumeurs parotidiennes, à propos de 65 cas. Thèse de médecine ; Tunis 2004.
- 10) Zbaren P, Schupbach J, Nuyens M. Carcinoma of the parotid gland. The American Journal of Surgery 2003;186:57-62.
- 11) Barnes L, Myers E, Prokopakis E. Primary malignant lymphoma of the parotid gland. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1998;124:573-7.
- 12) Ben Rejeb A, Ben Azzouz M, Boussama E, Othmani S, Bahri M. Les lymphomes malins de type MALT des glandes salivaires. Maghreb Médical 1994 ;279 :28-31.
- 13) Bouzaiani A, Tounsi A, Zidi B, Bassoumi T. Le lymphome malin des glandes salivaires, notion de lymphome de type MALT. Les Cahiers d'ORL 1993 ; T-XXVIII ;8 :317-24.
- 14) Coiffier T, Aidan D, Vilde F, Trotoux J. Les tumeurs malignes de la parotide, à propos de 60 cas. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1996 ; 113:419-24.
- 15) Trabelsi S. Les tumeurs parotidiennes, à propos de 112 observations. Thèse de médecine ;Tunis 2000.
- 16) Laccourreye H, Laccourreye O, Cauchoix R. Total conservative parotidectomy for primary benign pleomorphic adenoma of the parotid gland, a 25 years experience with 229 patients. Laryngoscope 1994;104: 1487-94.
- 17) Gehanno P, Guerrier B, Pessey J, Zanaret M. Rapport sur les tumeurs parotidiennes, Paris 2003.
- 18) Jozefowicz-Korczynska M, Debniaik E, Lukomski M. Treatment of parotid glands cancer. Science Direct-International Congress Series 2003.
- 19) Mra Z, Kornisar A, Blaugrund S. Functional facial nerve weakness after surgery for benign parotid tumors: a multivariate statistical analysis. Head Neck Surg 1993;15: 147-52.