

LIPOME GEANT PARAPHARYNGE

M. MEZIANE, N. DIB, A. OUJILAL, H. BENHALIMA, M. BOULAICH, M. KZADRI

SERVICE D'ORLET DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE. RABAT. MAROC

RESUME

L'espace parapharyngé est une région anatomique complexe. Seulement 0,5% des tumeurs de la tête et cou se localisent à ce niveau. Elles sont essentiellement représentées par les tumeurs nerveuses, salivaires et vasculaires, les lipomes ont été exceptionnellement décrits.

Notre observation a un double intérêt : documenter cette rareté et faire une mise au point sur l'abord chirurgical de cette région.

Mots clés : Lipome, espace parapharyngé, chirurgie

SUMMARY

Management of parapharyngeal space poses challenging problems. Only 0.5 of all head and neck tumours arise in the parapharyngeal space. It's essentially neurovascular or salivary mass. Only rare cases of a lipoma have been reported. The authors present a case to discuss this pathology and surgical approach of this region.

Keywords: Lipoma, parapharyngeal space, surgery

INTRODUCTION

La prise en charge chirurgicale des tumeurs de l'espace parapharyngé est délicate en raison de la proximité d'éléments nobles vasculo-nerveux. Ces tumeurs restent rares: 0,5% des tumeurs de la tête et du cou. Elles sont essentiellement représentées par les tumeurs nerveuses et vasculaires, les lipomes ont été rarement décrits.

Nous présentons l'observation d'une patiente prise en charge pour un lipome parapharyngé en discutant l'abord chirurgical de cette région.

OBSERVATION

Madame A.F âgée de 58 ans, hypertendue équilibrée, a consulté pour une tuméfaction latérocervicale droite apparue il y a un an et augmentant progressivement de volume. Cette tuméfaction est associée à des otalgies homolatérales, une odynophagie, des ronflements et une dyspnée nocturne. L'examen cervical trouve une tuméfaction élastique latérocervicale droite mal limitée, indolore, mesurant environ 8 cm de grand axe, recouverte d'une peau saine. Les aires ganglionnaires et glandulaires étaient sans anomalies. L'examen endobuccal met en évidence un bombement parapharyngé homolatéral refoulant le piler antérieur et réduisant la lumière oro-pharyngée (Fig1).

La tomодensitométrie a montré un volumineux processus parapharyngé droit homogène de densité grasseuse bien limité allant du rhinopharynx jusqu'à l'hypopharynx mesurant environ 7cm/ 2,5cm/10cm refoulant l'axe aéro-diges-

tif (Fig 2,3).



Fig. 1 : Bombement parapharyngé droit quasi-obstructif



Fig. 2 : TDM en coupe axiale : lésion parapharyngée droite hypodense comprimant l'axe aéro-digestif.



Fig. : TDM en coupe axiale : même lésion et atteignant le rhinopharynx

La patiente a été opérée par voie d'abord transcervicale. L'exploration a permis de découvrir une masse d'allure adipeuse mal limitée, disséquée très soigneusement en totalité avec conservation de tous les organes nobles de la région. L'examen histopathologique était en faveur d'un lipome. Les suites opératoires étaient simples.

DISCUSSION :

Les lipomes sont des tumeurs adipeuses bénignes qui surviennent dans 13% des cas au niveau de la tête et du cou. Au niveau parapharyngé, seule une dizaine de cas ont été rapportés dans la littérature (1). Le diagnostic clinique de lipome parapharyngé est très difficile à établir, aucun signe clinique ne le distingue en effet des autres tumeurs bénignes parapharyngées. Longtemps silencieux, quand il devient volumineux, sa symptomatologie clinique est en rapport avec la compression des organes de voisinage (2). Le diagnostic préopératoire peut être

aidé par une cytoponction percutanée à l'aiguille fine. Mais, cette technique a un taux élevé de faux négatifs et l'interprétation des prélèvements est parfois délicate (3). Le bilan d'imagerie joue un rôle important dans le diagnostic. Les lipomes se présentent comme des masses homogènes à limites nettes comportant des septa. Ils apparaissent en TDM comme des plages hypodenses, homogènes non rehaussées à l'injection de Produit de contraste. En IRM ils présentent un hyper signal en séquences pondérées T1 et T2, et hypo-intense en saturation de graisses (T1 Fat-Sat) (4). Le diagnostic de confirmation est histopathologique, Il s'agit d'une prolifération adipocytaire encapsulée dans une gaine fibreuse sans signes de malignité (5).

Plusieurs voies d'abord ont été décrites pour l'exérèse des tumeurs parapharyngées. L'abord intra-oral est de moins en moins utilisé pour des raisons de contrôle vasculaire. Nous optons pour la voie l'abord trans-cervicale qui offre un accès satisfaisant à la tumeur et permet un bon contrôle des gros vaisseaux et des nerfs crâniens. Elle peut être élargie en peropératoire, en voie cervico-parotidienne ou en voie de mandibulotomie. Elle ne nécessite pas de dissection du nerf facial, contrairement à la voie cervico-parotidienne (6).

CONCLUSION

L'exploration de l'espace parapharyngé reste délicate, il est plus porteur de tumeurs d'origine vasculaire ou nerveuse, néanmoins quelques lipomes ont été décrits dans cette région, il faut savoir y penser.

REFERENCES

- 1- Smith JC, Snyderman H, Kassam B. Giant Parapharyngeal Space Lipoma: Case Report and Surgical Approach. *Skull Base* 2002; 12: 215-20
- 2- Trost O, Abu-El Naaj I, Danino A, Kadlub N, Trouilloud P, Malka G, Peled M. Lipome du lobe profond de la glande parotide : à propos d'un cas rarissime. *Ann chir plast esth* 2006 ;51 : 239-42
- 3- Lau T, Balle VH, Bretlau P. Fine needle aspiration biopsy in salivary gland tumours. *Clin Otolaryngol* 1986;11:75-7
- 4- Erkan N, Yavuz H, Yilmazer C, züoglu L, Bolat A. *arch otolaryngol head neck surg* 2004;130:998-9
- 5- Kim YH, Reiner L. Ultrastructure of lipoma. *Cancer* 1982;50:102.
- 6- Bouilloud F, Jégoux F, Caze A, Godey B, Le Clech G. Tumeurs parapharyngées : diagnostic et traitement. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2008 ;125:181-7.