

NOTRE EXPERIENCE DES TUMEURS PARAPHARYNGES

OUR EXPERIENCE OF PARAPHARYNGEAL TUMOURS

N'GOUAN J M, CHATIGRE R K, TEA B Z, KONAN S, KOUASSI A, KOFFI N'GUESSAN L, ADJOUA R P

Service ORL et CCF CHU de Cocody ABIDJAN (COTE D'IVOIRE)

Correspondance: Dr N'GOUAN Jean Marie

Service ORL et CCF du CHU de Cocody (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Mail : ngouanorl@yahoo.fr Email : ngouanorl@yahoo.fr

RESUME

Les tumeurs de l'espace parapharyngé sont dominées par des tumeurs bénignes et sont le plus souvent développées aux dépens des glandes salivaires. La complexité anatomique et la situation profonde de ces tumeurs sont responsables de leur symptomatologie pauvre et non pathognomonique d'où leur diagnostic tardif. La prise en charge de ces tumeurs s'avère complexe et difficile du fait de cette anatomie qui rend leur diagnostic et l'accès à cette région pas très aisés. Le but de ce travail est de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et les modalités thérapeutiques de ces tumeurs de l'espace parapharyngé en Côte d'Ivoire.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive réalisée dans les services d'ORL et de CCF des CHU et dans une clinique à Abidjan. De Janvier 1990 à Février 2013 soit sur une période de 23 ans. Tous les patients ayant présenté une tumeur de la région parapharyngée ont été inclus dans l'étude.

Résultats : Cinq dossiers sur huit ont été retenus. 3 femmes et 2 hommes dont l'âge moyen était de 31,4 ans. Les ronchopathies et les tuméfactions dominaient les signes d'appels. Les signes physiques étaient dominés par les tuméfactions latéro-cervicales. La nature histologique bénigne de ces tumeurs a prédominé. Le traitement était fait par la chirurgie dans la majorité de ces affections. La voie d'abord était fonction du siège de la tumeur. L'évolution était favorable et sans récurrence chez les patients ayant bénéficié d'une exérèse complète de la tumeur.

Conclusion : Les tumeurs de l'espace parapharyngé sont des tumeurs rares dans notre contexte. Notre conduite est dominée par la chirurgie par voie externe.

MOTS CLES: TUMEURS – ESPACE PARAPHARYNGÉ

SUMMARY

The tumours of para pharyngeal space are demined by benign tumors and are often developed at the expense of the salivary glands. The anatomical complexity and the deep situation of these tumors is the of their poor and not pathognomonic symptoms respons from which their late diagnosis. Support for these tumors is complex and difficult because of the anatomy that makes their diagnosis and access to this region not very assy. The aim of this work is to describe the aspects of epidemiological, diagnostic and therapeutic modalities of these tumours of para pharyngeal space in Cote d'Ivoire

Patients and methods : It is a retrospective and descriptive study conducted in ENT and Cervical Surgery of CHU services and at a clinic in Abidjan. From January 1990 to February 2013 is over a period of 23 years. It was made up of all patients with tumor of the para pharyngeal region. Five files have been maintained according to the inclusion and non inclusion criteria.

Results : Five of the eight records have been selected. 3 women and 2 men with the average age of 31.4 years. Tumefactions and loud snoring's dominated signs of calls. The physical signs were dominated by the laterocervicale tumefactions. The histological nature of these tumors is dominated by benign tumors. The treatment was dominated by surgery in the majority of these pathologies. First, the voice was according to the tumorbed. The course was favorable and without recurrence with patients on whom a complete resection of the tumor has been carried

Conclusion : Tumors of the para pharyngeal space are rare tumors. The treatment is dominated by surgery.

KEY WORDS: TUMORS - PARA PHARYNGEAL SPACE

INTRODUCTION

Les tumeurs parapharyngées représentent l'ensemble des proliférations tumorales bénignes ou malignes développées aux dépens des structures de l'espace parapharyngé.

L'espace parapharyngé a la forme d'une pyramide inversée, dont la base est située au niveau de la base du crâne et le sommet au niveau de la grande corne de l'os hyoïde. Il est divisé en espace préstylien qui est principalement occupé par le lobe profond de la glande parotide, et en espace rétrostylien occupé par les quatre dernières paires des nerfs crâniens, la carotide interne et la veine jugulaire interne [1;2]. Les tumeurs de cet espace sont rares et représentent 0,5% à 1% des tumeurs de la tête et du cou [3]. Le plus souvent bénignes ces tumeurs sont développées aux dépens des glandes salivaires [4]. La complexité anatomique et la situation profonde de ces tumeurs sont responsables de leur symptomatologie pauvre et non pathognomonique d'où leur diagnostic tardif [5]. La prise en charge de ces tumeurs s'avère complexe devant son caractère asymptomatique qui rend son diagnostic difficile et leurs traitements pas toujours aisés du fait de la difficulté d'accès de cette région [6].

Le but de ce travail est de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et les modalités thérapeutiques de ces tumeurs de l'espace parapharyngé en Côte d'Ivoire.

1. MATERIEL ET METHODE

Notre étude est rétrospective et descriptive, réalisée dans les trois CHU d'Abidjan et une polyclinique de la même ville. De janvier 1990 à février 2013 soit une période de 23 ans. Elle a consisté en l'analyse des dossiers des patients présentant une tumeur de la région parapharyngée ; confirmée par une imagerie, et ayant bénéficié d'un examen anatomopathologique. Les sujets ont été traités par différentes équipes chirurgicales.

2. RESULTATS

2.1 EPIDEMIOLOGIE

Fréquence

Sur une période de 23 ans, nous avons dénombré seulement 8 cas diagnostiqués dont 5 ont pu être pris en charge correctement. Il s'agit donc d'une tumeur rare dans notre pays.

Age et sexe

L'âge des patients est compris entre 20 et 56 ans avec un âge moyen de 31 ans, il s'agissait de 3 femmes et de 2 hommes.

2.2. DIAGNOSTIC

Clinique

Les délais de consultation sont très longs. Ils varient de cinq mois à 36 mois.

Les motifs de consultations sont variés. La tuméfaction latéro-cervicale et le ronflement ont été retrouvés chez tous les patients. Cette tuméfaction était associée à une dysphagie dans trois cas.

Paracliniques

Le scanner a été réalisé chez tous les patients (figures 1, 2, 3,4)



Fig 1. Scanner cervico-facial en coupe axiale : Volumineuse masse circoscrite de la région sous parotidienne droite d'aspect hétérogène avec des zones de nécroses et effet de masse sur les organes de voisinages. (Patient n°1).



Fig 2: Scanner cervico-facial en coupe axiale : Volumineuse masse hypodense ovale non infiltrante de la région sous parotidienne gauche et effet de masse sur les organes de voisinages. (Patient n°2).

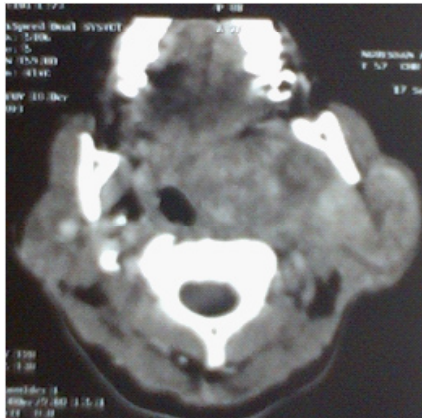


Fig 3. Angio-scanner cervico-facial en coupe axiale: mise en évidence d'une masse tissulaire de la région amygdalienne gauche avec infiltration et refoulement des structures de voisinage ; absence d'atteinte des axes vasculaires. (Patient n°3).



Fig 4. Scanner cervico-facial en coupe axiale : mise en évidence d'une masse tissulaire circonscrite para-amygdalienne gauche hypodense ovale et refoulant les structures de voisinant vers la droite. (Patient n°5).

Une cytoponction a été réalisé dans 12,5%, des cas, un myélogramme chez un patient, et une biopsie ganglionnaire a été faite dans un cas.

Les scanners réalisés ont permis de préciser la topographie de ces tumeurs. Ainsi elles occupaient l'espace rétropharyngé et rétrostylien dans 2 cas. Nous avons retrouvé 1 seul cas de localisation préstylienne.

La nature histologique de ces tumeurs était variée. Il s'agissait d'un sarcome de kaposi, d'un adénome pléomorphe, d'un neurofibrome plexiforme, d'un lymphome à grande cellule et d'un kyste.

Le lymphome à grande cellule et le sarcome de kaposi étaient de siège rétropharyngé ; l'adénome pléomorphe préstylien, le kyste et le neurinome plexiforme rétrostyliens.

2.3. THERAPEUTIQUE

Quatre patients ont bénéficié d'une chirurgie avec une chimiothérapie associée chez la patiente présentant un sarcome de kaposi. Une chimiothérapie exclusive a été réalisée chez le patient présentant le lymphome à grande cellule.

Les voies d'abord chirurgicales étaient cervicales dans 3 cas ; cervicale élargie à la région parotidienne dans 1 cas ; combiné : cervicale externe et tendobuccale oropharyngée dans 1 cas.

2.4. EVOLUTION

L'évolution a été favorable chez tous les patients opérés et revue à 12 mois.

Le patient qui a reçu la chimiothérapie exclusive est décédé. Celui qui a bénéficié d'une chimiothérapie complémentaire a été perdu de vue à 12 mois.

III. COMMENTAIRES

3.1. EPIDÉMIOLOGIE

Fréquence

Nous avons noté 8 cas de tumeur parapharyngée sur une période de 23 ans. La rareté de ces tumeurs est également retrouvée par Andrieu [7] et Guerrier [8] qui notent que ces tumeurs représentent moins de 1% des tumeurs de la tête du cou en France.

Age et sexe

L'âge moyen de nos patients est de 31,4 ans. Ces sujets jeunes sont également retrouvés par Adjakidje [9] au Bénin avec un âge moyen de 45 ans. Cependant, en Europe, l'âge moyen est beaucoup plus élevé. C'est le troisième et quatrième âge qui sont atteints par ces tumeurs, comme le rapporte Krober [10] dans son travail en Allemagne. Cette différence d'âge entre les deux continents pourrait s'expliquer par le fait qu'en Afrique, les populations sont beaucoup plus jeunes qu'en Europe.

Le sexe ne semble pas influencer la survenue de ces tumeurs.

3.2. CLINIQUE

Les délais de consultation étaient longs avec des extrêmes allant de cinq à trente-six mois. Ce délai tardif est également retrouvé par Adjakidje [9] au Bénin. Ceci pourrait s'expliquer par le fait

qu'en Afrique, les patients ne consultent que devant les signes d'urgences que sont la douleur et le saignement. Dans notre étude, le signe d'appel était la masse latéro-cervicale dans 80%. La symptomatologie peu bruyante de ces tumeurs, la pauvreté et la forte fréquentation des tradipraticiens par nos populations pourraient expliquer ce délai de consultation long.

3.3. PARACLINIQUE

Les progrès de l'imagerie ont permis désormais une bonne localisation anatomique de ces tumeurs comme le note Coulogner ^[11]. Dans notre série, seul le scanner cervical a été réalisé avec pour objectif de faire un diagnostic surtout topographique. Actuellement, l'exploration des parties molles se fait par l'IRM. Cet examen qui a été introduit dans notre pays récemment, reste encore de réalisation très onéreuse, ce qui limite sa prescription. Nous avons réalisé une cytoponction chez un patient qui avait une masse avec des limites peu nettes et des extensions ne permettant pas une exérèse chirurgicale. Cet examen a objectivé un lymphome que nous avons confirmé par un myélogramme.

3.4. TRAITEMENT

La prise en charge a été essentiellement chirurgicale dans notre série. Il s'agissait d'un abord cervical dans la majorité des cas, qui a été étendue à la région parotidienne dans un cas. Cette attitude thérapeutique est la même que celle de Wang ^[12] et Tozzi ^[13]. La voie endobuccale a été réalisée dans un cas devant la localisation oropharyngée de la tumeur. Cette voie d'abord a été également décrite par Goodwin ^[14] dans son étude qui note l'aisance de l'exérèse de ces tumeurs de siège oropharyngé par cet abord.

3.5. EVOLUTION

L'évolution est en rapport avec la qualité de l'exérèse tumorale et la nature histologique de la tumeur. Les patients ayant bénéficié d'une exérèse totale ont eu une bonne évolution sans récurrence. Cette bonne évolution des patients ayant bénéficié d'une exérèse totale par voie chirurgicale a également été retrouvée par Polterauer ^[15]. La récurrence et le décès du patient de notre série étaient dus à une exérèse subtotalaire faite de la voie d'abord choisie. L'histologie de la pièce opératoire a révélé une tumeur maligne. La radiothérapie post-opératoire, indiquée dans ces cas, n'a pu être réalisée du fait de la non disponibilité et du coût

de cet arsenal thérapeutique dans notre contexte d'exercice. La chirurgie étant notre principal moyen thérapeutique, il ressort de l'analyse de cette observation, l'importance de l'examen extemporané des marges d'exérèse de ces tumeurs et le bon choix de leurs voies d'abord du fait de leurs localisations profondes. Cela permet d'éviter de laisser des reliquats tumoraux, difficiles à enlever dans un deuxième temps opératoire.

CONCLUSION

Les tumeurs parapharyngées sont rares, elles touchent les deux sexes et surviennent à tout âge avec une prédominance du sujet jeune dans nos contrées. Les signes d'appel ne sont pas spécifiques au début, ce qui explique la consultation tardive. Il importe de rechercher, devant une masse latéro-cervicale, une localisation oropharyngée. Le scanner qui permet un diagnostic topographique, a des limites surtout pour l'évaluation de l'extension dans les tissus mous. Ce qui justifie l'indication d'une IRM, qui reste encore d'un coût élevé dans notre pays. Le traitement de choix dans notre contexte est la chirurgie qui gagnerait à être plus systématisée.

REFERENCES

1. FERNANDEZ F.M, FERNANDEZ S, COSTAS AL. Surgical treatment of benign PPS tumours, Presentation of two clinical cases and revision of the literature. *Med Oral Patol Oral Chir Bucal*. 2008; 13:B61-4.
2. RITESH S, RASHMI J, NITA K, SHELLY C, ASHISH M.K. Para pharyngeal Space Tumors: A Review Of 10-Year Experience. *The Internet Journal of Pathology*. 2009 Volume 8 Number 2.
3. CARRAU R.L, MYERS E.N, JOHNSON J.T. Management of tumors arising in the parapharyngeal space. *Laryngoscope* 1990; 100: 583-9.
4. FENTE SV, PENDAS JL, MARTINEZ G J, GONZALEZ LA, LOPEZ F, NIETO C. Primary tumours of the parapharyngeal space. Our experience in 51 patients. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2009;60:19-24.
5. PAPADOGEORGAKIS N, PETSINIS V, GOUTZANIS L, KOSTAKIS G, ALEXANDRIDIS C. Parapharyngeal space tumors: surgical approaches in a series of 13 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2010; 39:243-50.
6. BOURGET K, JOUBERT M, DELEMAZURE AS ET AL. Tumeurs de l'espace parapharyngé: prise en charge et résultats post-opératoire. *Rev Laryngo Otol Rhino*. 2012;133.3 :129-36

7. ANDRIEU J M, COLONNA P. Paragangliomes Cancers, Doc. *Medespace, Ed Estem Paris*, 1997, 8p.
8. GUERRIER B, MAKEIEFFM, LOUCHE C, MOUKETOU J.B, CRAMPETTE L. Paragangliomes cervicaux. Résultats à propos d'une série de 33 patients. *J Chir* 1995 ; 132 : 287-294.
9. ADJAKIDJE S A C. Les tumeurs para-pharyngées : Aspects épidémiologiques, clinique, thérapeutique et évolutif de 1981 à 2001 dans le service d'ORL et de CCMF du CNHU Hubert K. Maga de Cotonou. *Thèse Med.*
10. DE KROBER S-M, HAHN U, ERNEMANN U, REINERT S. Polytopes Auftreten Von Paragangliomen. Diagnostik Und Therapieindikationen de Differential diagnostic. *Mund-undGesichtschirurgie de Kiefer*-2000, 4, 1, 53 -56.
11. COULOUNGNER V, PALOMBI T, LESECHE G. Paragangliomes du corpuscule carotide -thrombose-vaisseaux 1986, 8,617-620.
12. WANG M B, BARAUSKAST M. Gestion chirurgicale des tumeurs de la carotide. *Oto-rhino-laryngologie-chirurgie de la tête et du cou*, 2000, 23, 3, 202 -206.
13. TOZZI F I, PAIVA F H, SUKYS G D. Paragangliome carotidien bilatéral: rapport d'un cas bilatéral chez un même patient. *Journal de Sao Paulo: Revista Paulista de Medecina, Médicaux*, 2000, 118, 1, 13 -6.
14. GOODWIN W J, CHANDLER JR. Transoral excision of lateralparapharyngeal space tumors presenting intraorally. *Laryngoscope* 1988; 98: 266-269.
15. POLTERAUER P, GSTOTTNER W, TEMMEL A. Chémodectome du glomus carotidien. *Saucisse KlinischeWochenschrift*, 2000, 112, 3, 115 -20.