

BILAN DE 5 ANS DE PAROTIDECTOMIE : A PROPOS DE 36 CAS DANS LE SERVICE ORL DU CHU GABRIEL TOURÉ DE BAMAKO.

BALANCE SHEET 5 YEARS PAROTIDECTOMY : ABOUT 36 CASES IN THE ENT DEPARTMENT OF THE UNIVERSITY HOSPITAL CENTER OF BAMAKO GABRIEL TOURE.

DOUMBIA-SINGARE K*, TIMBO S K*, GUINDO B*, TRAORE L*,
KONE-FI*, DIABY A **, KEITA M*, AG MOHAMED A*

* Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale du CHU Gabriel TOURE BP 267 Bamako, Mali.

** Institut de formation et de recherche en Population, Développement et Santé de la reproduction (IPDSR/UCAD)

Correspondance: Docteur DOUMBIA-SINGARE Kadidiatou

Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale du CHU Gabriel TOURE BP 267 Bamako, Mali.

E-mail : kadidia22000@yahoo.fr; Tel : 00223 66730799.

RÉSUMÉ

Objectif : L'objectif de ce travail était de décrire les résultats chirurgicaux des patients atteints de tumeurs de la glande parotidienne au service ORL du CHU Gabriel Touré de Bamako.

Patients et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective longitudinale au cours de la période de Janvier 2008 à Décembre 2013 et incluant les dossiers des patients ayant présentés une tumeur de la parotidienne et qui ont bénéficié d'une parotidectomie dans le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako.

Résultats : Trente six patients ont répondu à nos critères d'inclusion. L'âge médian était de 49,5 ans. Le motif de consultation a été dans tous les cas une tuméfaction unilatérale de la région parotidienne. L'échographie cervicale systématique a montré des signes de présomption de malignité dans 3 cas. La parotidectomie superficielle a été réalisée chez 28 patients soit 77%. L'examen anatomie pathologique de la pièce opératoire a permis de déterminer le type histologique et l'adénome pléomorphe a été le type histologique le plus fréquent (79%). Les complications majeures ont été la parésie du nerf facial, la paralysie du nerf facial et le syndrome de Frey. Il n'y a pas eu de récurrence.

Conclusion : La parotidectomie, qu'elle soit superficielle ou totale avec préservation du nerf facial est le traitement de choix des tumeurs de la parotidienne. Le syndrome de Frey, la parésie ou la paralysie du nerf facial sont les principales complications associées à cette chirurgie. Le suivi à long terme est essentiel pour l'évaluation des résultats thérapeutiques, mais est rarement réalisable.

MOTS CLÉS : TUMEUR GLANDE PAROTIDIE, IMAGERIE, HISTOLOGIE, PAROTIDECTOMIE, NERF FACIAL.

SUMMARY

Objective: the main of this study was to describe the surgical outcomes of patient's tumors of the parotid gland ENT department of the university hospital center of Bamako Gabriel Toure.

Patients and methods: We conducted a longitudinal retrospective study during the period from January 2008 to December 2013; including the records of patients who presented a tumor of the parotid and those benefits have parotidectomy in the ENT department and facial neck surgery.

Results: Thirty six patients responded to our inclusion criteria. The median age was 49.5 years. The reason for consultation in cases was a unilateral tumefaction of the parotid area. The systematic ultrasound showed signs of presumption of malignancy in 3 cases. The superficial parotidectomy was performed in 28 patients or 77%. The pathology examination of the operative room helped determine the histological type and pleomorphic adenoma was the most frequent histological type (79%). Major complications were paresis of the facial nerve, the facial nerve paralysis and Frey syndrome. There has been no recurrence.

Conclusion: Parotidectomy that it is superficial or total with preservation of the facial nerve is the treatment of choice for tumors of the parotid. Frey's syndrome, paresis or paralysis of the facial nerve is the main complications associated with this surgery. Long-term monitoring is essential for the evaluation of therapeutic results but is rarely feasible.

KEYWORDS: PAROTID GLAND TUMOR, IMAGERY, PAROTIDECTOMY, HISTOLOGY, FACIAL NERVE.

INTRODUCTION

Les tumeurs de la parotide représentent 80% des tumeurs des glandes salivaires et 3% des tumeurs cervico-faciales. Elles sont bénignes dans 80% des cas environ [1,2].

Les tumeurs de la parotide suscitent cependant un grand intérêt de par leurs variétés de présentation clinique, leurs caractéristiques histologiques et évolutives. Le mode de révélation le plus fréquent est une tuméfaction de la loge parotidienne [1].

L'examen physique est le premier outil du diagnostic. Les techniques d'imagerie notamment l'échographie, le scanner et l'imagerie par résonance magnétique permettent de confirmer le diagnostic et l'examen histologique de la pièce opératoire permet de déterminer le type histologique de la tumeur parotidienne [3]. Le traitement est essentiellement chirurgical. Le type de chirurgie envisagé pour la localisation parotidienne est discuté dans la littérature entre une parotidectomie totale conservatrice et une parotidectomie superficielle [1,3].

Le véritable enjeu de la parotidectomie réside dans son risque de lésion du nerf facial qui peut entraîner un dommage esthétique important [1,4].

L'objectif de cette étude était de décrire les résultats chirurgicaux des patients atteints de tumeurs de la glande parotide au service ORL du CHU Gabriel Touré de Bamako, en considérant les caractéristiques cliniques, paracliniques, le type de chirurgie et les complications.

PATIENTS ET MÉTHODES

L'étude est rétrospective et longitudinale, ayant pour cadre d'étude le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Gabriel Touré de Bamako, Mali. Elle a été menée de Janvier 2008 à Décembre 2013 sur les dossiers de patients traités chirurgicalement pour tumeur de la glande parotide.

Nous avons inclus les patients ayant présentés une tumeur de la parotide et qui ont bénéficié d'une parotidectomie.

Nous avons exclu les tumeurs de la glande parotide qui n'ont pas été opérées.

Pour chaque dossier, nous avons relevé l'âge, le sexe, l'histoire clinique, le diagnostic, le type de chirurgie, le type histologique et les suites postopératoires.

RÉSULTATS

Au cours de la période d'étude, 36 parotidectomies ont été réalisées. Il y avait 14 patients de sexe masculin et 22 patients de sexe féminin, avec un sexe ratio de 0,63.

L'âge moyen des patients était de 42 ans avec des extrêmes de 15 ans et 70 ans. L'âge médian était de 49,5 ans.

Le délai moyen de consultation était de 50 mois avec des extrêmes allant de 7 mois à 12 ans. Le délai médian était de 36 mois.

Le motif de consultation a été dans tous les cas une tuméfaction unilatérale de la région parotidienne dont la taille variait de 2 cm à 7 cm (figure 1). Elle était similaire pour les tumeurs bénignes et malignes. La taille médiane était de 4 cm.



Figure 1 : masse parotidienne droite

Chez 2 patients, la tuméfaction parotidienne était douloureuse, associée à une paralysie faciale et à une adénopathie jugulocarotidienne supérieure. L'examen de la cavité buccale a été normal dans tous les cas.

L'échographie cervicale a été réalisée chez tous les patients. Elle a trouvé une formation liquidienne bilatérale de la région parotidienne dans 2 cas et unilatérale dans 3 cas. Elle a suspecté une lésion maligne dans 3 cas devant l'aspect hétérogène de la masse parotidienne, le contour irrégulier et la présence d'adénopathie jugulocarotidienne supérieure homolatérale à la masse.

Le scanner a été demandé chez 4 patients pour avoir un diagnostic topographique vu que l'échographie cervicale n'était pas concluante. Il a révélé une formation kystique bilatérale de la

région parotidienne dans 2 cas et une masse de densité tissulaire de la glande parotide se rehaussant après l'injection de produit de contraste dans les 2 autres (figure 2).

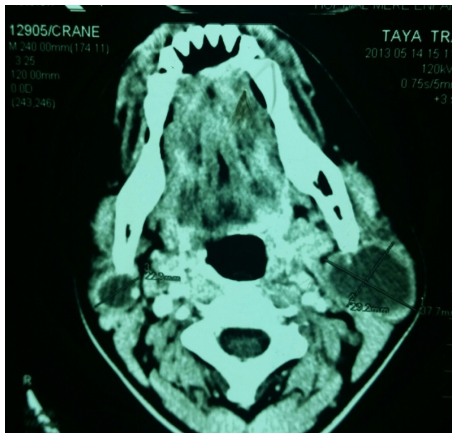


Figure 2 : Scanner en coupe axiale avec une injection de produit de contraste montrant une formation kystique bilatérale de la glande parotide.

La parotidectomie superficielle a été réalisée chez 28 patients soit 77% pour des tumeurs localisées au lobe superficielle. Elle a été totale conservatrice pour des tumeurs impliquant le lobe profond chez 8 patients soit 23% (figure 3) : adénome pléomorphe 6 cas, cylindrome 1 cas, adénocarcinome 1 cas. Elle a été associée à un curage triangulaire homolatéral dans 2 cas avec adénopathies jugugulo-carotidiennes. L'examen histologique de la pièce opératoire a conclu à un adénome pléomorphe dans 25 cas soit 79%, un adénome canalaire dans 2 cas, une tumeur de Warthin dans 4 cas, un kyste parotidien dans 3 cas, un cylindrome dans 1 cas et un cas d'adénocarcinome.

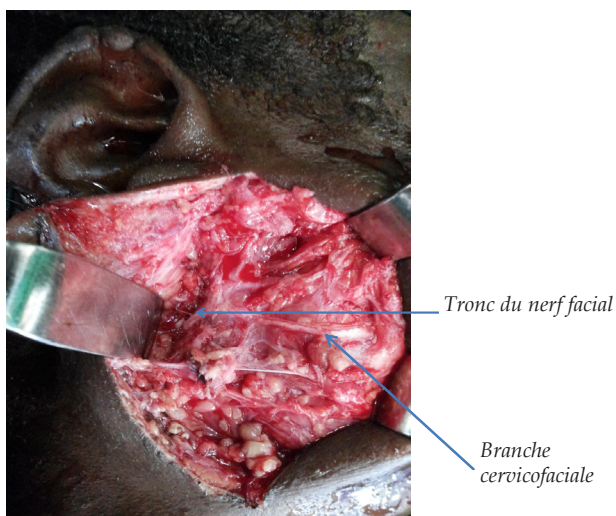


Figure 3 : Découverte du nerf facial après une parotidectomie exofaciale.

Les suites opératoires ont été marquées par l'infection du site opératoire dans 2 cas, une paralysie temporaire du nerf facial dans 6 cas avec tumeurs bénignes qui ont récupéré complètement 3 à 12 mois après l'intervention chirurgicale. Une paralysie faciale a été retrouvée chez 5 patients dont 3 cas ont récupéré complètement et 2 cas ont régressé après un traitement médical et une kinésithérapie. Le syndrome de Frey a été noté chez 2 patients au bout de 18 mois. Nous n'avons pas noté de récurrence, après un recul d'un et de 5 ans, ni de mortalité. Cependant nous avons noté 2 perdus de vue pour des tumeurs malignes après une période de 6 mois.

DISCUSSION

Les tumeurs de la parotide se rencontrent à tout âge [5]. Nous n'avons pas d'enfants dans notre série et l'âge moyen était de 42 ans. Ces tumeurs restent rares chez l'enfant [1]. Dans la littérature, le pic d'incidence pour les tumeurs de la parotide est dans les 5èmes, 6ème et 7ème décennies [5, 6].

Le principal symptôme chez le patient est la tuméfaction parotidienne [7, 8]. D'autres signes tels que la perméation cutanée, la douleur, la paralysie faciale, l'adhérence à la peau ou au plan profond sont des signes de suspicion de malignité [7]. Ces signes sont inconstants et ne sont rapportés que dans 10 à 45 % des cas [2]. Dans la littérature, 1/3 des lésions malignes de la glande parotide à un aspect clinique pouvant faire évoquer la bénignité [5, 9]. Dans la présente étude, la paralysie faciale, la douleur et l'adénopathie cervicale ont été retrouvées dans les cas de tumeurs malignes (2/36 soit 5,55%).

L'imagerie garde une place essentielle dans la prise en charge des patients présentant une tumeur de la région parotidienne.

L'échographie permet de confirmer le siège parotidien de la lésion. La distinction entre tumeur bénigne et tumeur maligne est basée sur des critères échographiques. Cependant elle est limitée dans l'exploration du lobe profond [2, 10]. Les critères en faveur d'une lésion maligne sont le caractère homogène et bien limité de la lésion; le caractère malin est évoqué devant l'absence d'un de ces deux critères [1, 2, 11]. Dans la présente étude, l'échographie a montré des signes de présomption de malignité dans 3 cas, dont 2 cas ce sont révélés malin. Le même constat a été fait par Maâmouri et al [6] dans une série de 47 cas de tumeurs de la parotide.

Néanmoins, la fiabilité de l'échographie n'est que de 75 % dans le cadre des tumeurs bénignes et de 65% dans celui des tumeurs malignes [1]. Ainsi, dans la série Akkari et al [12] sur 13 cas de tumeurs malignes de la parotide, l'échographie a été pratiquée chez 11 patients et a suspecté la malignité dans 6 cas. Dans la présente étude, il y avait une discordance dans 1 cas entre le résultat de l'échographie et le diagnostic histologique.

Le scanner permet de réaliser un diagnostic topographique en localisant la tumeur avec précision et son extension locorégionale [1, 2, 10, 13, 14]. Il ne permet pas de faire la différence entre tumeur bénigne et maligne [1, 2]. Nous l'avons réalisé chez 4 patients devant les difficultés diagnostiques topographiques à l'échographie. Nous partageons les mêmes indications avec Maâmouri et al [6]. L'IRM (imagerie par résonance magnétique) est l'examen le plus performant pour l'exploration des tumeurs de la glande parotide [1, 6, 15, 16]. Cet examen n'est pas encore réalisable dans notre contexte.

Le traitement des tumeurs de la parotide repose sur la parotidectomie [3, 5, 6]. Nous avons réalisé la parotidectomie superficielle pour des tumeurs bénignes localisées au lobe superficiel et la parotidectomie totale en cas d'implication du lobe profond, telle que préconisée par de nombreux auteurs [1, 5, 6, 17]. Pour d'autres auteurs, l'examen histologique extemporané permet de guider la poursuite opératoire, parotidectomie superficielle ou non associée ou non à un geste ganglionnaire [16].

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire permet de confirmer le type histologique de la tumeur. Dans la présente étude les tumeurs bénignes étaient plus fréquentes (94,45%) que les tumeurs malignes. Les résultats similaires étaient rapportés par d'autres auteurs [6, 13]. Dans la littérature, 80% des tumeurs de la glande parotide sont bénignes [1, 3]. L'adénome pléomorphe a été le type histologique le plus fréquent 79 %, suivi de la tumeur de Warthin. La prédominance de l'adénome pléomorphe a été rapportée dans la littérature avec un taux de 60% à 75% [1, 13]. La particularité de l'adénome pléomorphe est le risque de récurrence et de transformation maligne [1, 2, 6, 13]. La récurrence s'explique d'une part par certains adénomes pléomorphes qui sont diffusifs et peuvent être rompus lors de leur exérèse, et d'autre part la rupture de leur capsule lors de l'intervention chirurgicale [1]. Le taux de récurrence peut être observé plusieurs années plus tard, environ 10 ans, nécessitant un suivi à long terme qui est rarement faisable [1, 3].

L'absence de récurrence dans cette série s'explique, d'une part, par la période de suivi qui a été courte (1 à 5 ans) et, d'autre part, par la réalisation d'une approche technique chirurgicale appropriée.

Selon la littérature [1, 6], la tumeur de Warthin représente la deuxième étiologie des tumeurs bénignes de la parotide après l'adénome pléomorphe comme rapportée dans la présente étude. Les tumeurs malignes rencontrées ont été le cylindrome et l'adénocarcinome qui peuvent récidiver et donner des métastases ganglionnaires et viscérales [1]. Les 2 cas de cancers n'ont pas été suivis car perdus de vue.

Les principales complications de la parotidectomie sont la paralysie du nerf facial et le syndrome de Frey [1, 4, 17, 18]. Dans la littérature, après une parotidectomie superficielle le risque de parésie ou de paralysie définitive du nerf facial est estimé entre 0,2 et 1,9%, celui de paralysie faciale temporaire ou parésie est compris entre 15 et 17% [1]. Dans cette étude, le taux faible de paralysie faciale temporaire 8% et de parésie temporaire 16% s'explique en partie par la parotidectomie superficielle qui a été largement pratiquée 77%.

Le syndrome de Frey, qui est caractérisé par une hypersudation post prandiale dans le territoire cutané décollé lors de la parotidectomie, a été aussi décrit dans la littérature comme complication principale de la parotidectomie (1, 15). Nous l'avons retrouvé chez 2 patients. Pour Chulam et al [18], ce syndrome se produit quand le lambeau musculaire du sternocléidomastoïdien n'a pas été utilisé pour remplir l'espace parotidien.

CONCLUSION

La parotidectomie, qu'elle soit superficielle ou totale avec préservation du nerf facial est le traitement de choix des tumeurs de la parotide. Le syndrome de Frey, la parésie ou la paralysie du nerf facial sont les principales complications associées à cette chirurgie. Le suivi à long terme est essentiel pour l'évaluation des résultats thérapeutiques, mais est rarement réalisable.

RÉFÉRENCES

- 1-BONFILS P. Tumeurs des glandes salivaires. *EMC Oto-Rhino-Laryngologie* 2007 ; 20-628-B-10. 17p.
- 2-PARIS J, ZANARET M. Bilan d'une tumeur parotidienne isolée. *Annal Otolaryngol Chir Cervico fac* 2004 ; 121 (5) : 251-256.

- 3-BUSSU F, PARRILLA C, RIZZO D ET AL. Clinical approach and treatment of benign and malignant parotid masses, personal experience. *Acta Otorhinolaryngologica Italica* 2011 ; 31 : 135-143.
- 4 - HUANG G, YAN G, WEI X, HE X. Superficial parotidectomy versus partial superficial parotidectomy in treating benign parotid tumors. *Oncology Letters* 2015 ; 9 : 887-890.
- 5-NAGARKAR NM, BANSAL S, DASS A ET AL. Salivary gland tumors- our experience. *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery* 2004 ; 56 (1) : 32-34
- 6-MAÂMOURI M, HAMOUDA BEN R, MANSOUR S. Les tumeurs parotidiennes. *J TUN ORL* 2010 ; 25: 42-46.
- 7-JIN G Q, ZHAO W, ZHU XN. Distinguishing benign from malignant parotid gland tumours : low-dose multi-phasic CT protocol. *Eur Radiol* 2011 ; 21 : 1692-1698.
- 8-FASSIH M, LALYA I, ABADA A ET AL. Les tumeurs de la parotide : étude épidémiologique et apport de l'imagerie dans le diagnostic. *Revue Marocaine du cancer* 2010 ; 4 : 45-50.
- 9-BONFILS P, LACCOURREYE O, COULOIGNER V. Livre de l'internat ORL. Paris : Lavoisier ; 2011, 899p.
- 10-KATZ P. Imagerie normale des glandes salivaires. *EMC, radiodiagnostic cœur-poumon*. 2006 ; 32-800-A-20, 12P.
- 11-WU S, LIU G, CHEN R, GUAN Y. Role of ultrasound in the assessment of benignity and malignancy of parotid masses. *Dentomaxillofacial Radiology* 2012 ; 41 : 131-135.
- 12- AKKARI K, CHNITIR S, MARDASSI A ET AL. Les tumeurs de la parotide : à propos de 43 cas. *J TUN ORL* 2007 ; 18 : 29-32.
- 13-SETTI K, MOUANIS M, MOUMNI A ET AL. Profil épidémiologique des tumeurs malignes des glandes salivaires : à propos de 150 cas. *PanAfrican Medical Journal* 2014 ; 17 : 117.
- 14-HARNSBERGER HR, HUDGINS PA, WIGGINS RH, DAVIDSON HC. Radiologie de poche tête et cou. Paris : Maloine ; 2004. 335p.
- 15-YERLI Y, AYDIN E, HABERAL N ET AL. Diagnosis of common parotid tumours with magnetic resonance imaging including diffusion-weighted imaging vs fine-needle aspiration cytology : a comparative study. *Dentomaxillofacial Radiology* 2010 ; 39 : 349-355.
- 16-MAKEIEFF M, GUERRIER B, PRADES JM ET AL. Pathologie maligne de la parotide. *Annal Otolaryngol Chir Cervico fac* 2009 ; 126 : 75-81.
- 17-ZINI L O S, PICCIONI M, ANTONELLI AR, NICOLAI P. Management and prognosis factors of recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland : personal experience and review of the literature. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008 ; 265 : 447-452.
- 18-CHULAM TC, FRANCISCO NORONHA AL, FILHO JG ET AL. Warthin's tumour of the parotid gland : our experience. *Acta Otorhinolaryngologica Italica* 2013 ; 33 : 393-397.