

# LES TUMEURS DE LA PAROTIDE

## RAPPEL ANATOMIQUE

**La région parotidienne est bâtie autour du couple parotide-nerf facial. La loge parotidienne est située à la partie latérale et haute du cou. Elle est limitée par :**

- en avant : la branche montante de la mandibule
- en arrière : les apophyses mastoïde et styloïde ainsi que par la masse latérale de l'atlas
- en haut : la portion tympanique de l'os temporal
- en bas : la région du stérno-cléïdo-mastoïdien
- en dedans : le pharynx
- en dehors : la face cutanée qui est aux confins de la région cervicale et de la face. C'est la face importante en clinique et en chirurgie puisqu'elle est visible et déformable, tout processus expansif retentira sur sa morphologie de plus c'est la voie d'abord de la loge parotidienne.

**Le contenu de la loge parotidienne :**

- la glande parotide
- le nerf facial à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, il passe dans la glande qu'il divise en une partie superficielle ou exofaciale (80% de la glande) et une partie profonde.
- l'artère carotide externe et ses branches
- la veine temporale superficielle qui se jette dans la veine rétromandibulaire qui reçoit la veine jugulaire externe et qui se jette dans la jugulaire interne.

## INTRODUCTION

Les tumeurs de la parotide sont des tumeurs bénignes **dans près de 3/4 des cas** dominées par l'adénome pléomorphe. La conduite à tenir visera à affirmer la nature parotidienne de la tumeur mais aussi à en préciser l'étiologie, ce qui peut être difficile. L'examen principal reste l'examen clinique. La nature de cette tumeur ne sera affirmée le plus souvent que par une parotidectomie exploratrice. En effet une tumeur maligne peut ne présenter aucun signe clinique de gravité. Ainsi on peut considérer que la conduite à tenir peut se résumer à : **examen clinique - diagnostic de tumeur parotidienne - parotidectomie** exploratrice et ce malgré les progrès de l'imagerie médicale.

## **DIAGNOSTIC POSITIF**

### **1) Le motif de consultation**

Le plus souvent découverte d'une tuméfaction de la région parotidienne, située au dessus et en arrière de l'angle de la mâchoire en avant du tragus et du lobule du pavillon auriculaire.

### **2) L'interrogatoire précise**

Le mode d'apparition, l'allure évolutive, une gêne à la mastication à la déglutition.

### **3) L'inspection**

Retrouve une déformation de volume variable pouvant être majeure, note l'état cutané en regard, précise l'état de la cavité buccale avec l'orifice du canal de sténon et l'état de l'oropharynx. Recherche une parésie ou une paralysie faciale périphérique complète ou incomplète.

### **4) La palpation**

- **Précise :**
  - le siège de la tumeur
  - le volume
  - la consistance (pierreuse, molle)
  - la mobilité par rapport aux plans profonds et à la peau
  - l'état des aires ganglionnaires cervicales et important à noter de même que la palpation de l'oropharynx à la recherche d'un prolongement pharyngé de la tumeur.

### **5) Les examens complémentaires**

**La radiographie** simple des parties molles, la sialographie n'apportent aucun élément.

**La scintigraphie** : seuls les cystadénolymphomes et les oncocytomes donnent une image caractéristique chaudes. Elle est rarement réalisée en pratique car d'un intérêt limité.

**L'échographie** : son intérêt n'est pas toujours démontré, elle est en pratique largement demandée. Elle permet de confirmer le siège de la lésion, son caractère liquidien ou tissulaire mais ne permet en aucun cas de faire la différence entre tumeur maligne ou bénigne.

**Le scanner** : est indispensable pour le bilan d'extension des tumeurs du lobe profond et permet de faire la différence entre tumeur de la parotide et les autres tumeurs para-pharyngées. Il ne permet pas de faire la différence entre tumeur bénigne ou maligne. Seuls les lipomes, liposarcomes et tumeurs vasculaires donneraient des images caractéristiques.

**L'IRM** apporte des renseignements spécifiques complémentaires du scanner.

Cet examen n'est pas systématique.

**La cytoponction** : très controversée, systématique pour certains, à bannir pour d'autres. Elle n'a de valeur que positive car pas assez sensible. Elle permet cependant une orientation diagnostique quand elle revient positive et contribue à la planification d'une thérapeutique adaptée.

## **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

Les tumeurs qui se développent en dehors de la loge parotidienne

Les petites tumeurs feront discuter les tumeurs cutanées, les kystes épidermiques, l'épithélioma calcifié de Malherbe, l'apophyse transverse de l'atlas. On peut également discuter des tumeurs de la branche montante de la mandibule, du masseter, une tumeur de la région postérieure de la loge sous-mandibulaire, de la région sous-digatrique.

Les tumeurs de la loge mais qui ne sont pas d'origine glandulaire

Les lipomes, les tumeurs nerveuses, hémangiome et lymphangiome kystique chez le nourrisson et l'enfant, les kystes hydatiques (rarissimes), les adénopathies intra-parotidiennes, les kystes de la première fente. Le plus souvent, le diagnostic sera fait en peropératoire ou par l'anatomopathologie.

L'hyperplasie de la glande est de diagnostic en général facile, elle est le plus souvent bilatérale et symétrique, la glande est tuméfiée dans son ensemble.

Elle peut être "froide" rencontrée au cours de la sarcoïdose (syndrome de Heerfordt : hypertrophie des parotides, iridocyclite), au cours de la maladie de Mickulicz (hypertrophie des glandes salivaires et des glandes lacrymales de

cause inconnue, au cours d'hémopathie. Elles sont souvent essentielles (alcooliques, gros mangeurs de féculents).

Elle peut être "chaude" ou "tiède": les parotidites virales la plus fréquentes au cours des oreillons, parotidites bactériennes (unilatérales, syndromes fébrile en général important, pus au sténon, pouvant évoluer vers un abcès), les parotidites lithiasiques qui sont plus rares qu'au niveau de la glande sous mandibulaire.

- **DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE**

Il est fait le plus souvent après une parotidectomie exploratrice, un examen extemporané ou sur l'anatomopathologie définitive.

## 1) LES TUMEURS BENIGNES

- A) L'adénome pléomorphe

Anciennement dénommée tumeur mixte, c'est la tumeur épithéliale la plus fréquente (70% des tumeurs). Elle est plus fréquente chez les femmes avec un pic de fréquence après 50 ans. C'est une tumeur arrondie bien limitée à croissance lente qui se développe de façon préférentielle à partir du lobe superficiel bien qu'elle puisse naître dans le lobe profond et se développer dans les espaces para pharyngés.

La plurifocalité de la tumeur est fréquente ce qui explique **les récurrences locales** après traitement. **La cancérisation** de ces tumeurs est une évolution qui existe bien que rare (entre 2 et 6%). Il existe également des formes bénignes qui essaient à distance au niveau pulmonaire ou osseux, les localisations à distance restant bénignes.

Le traitement de ces tumeurs est chirurgical, deux techniques sont actuellement admises, il s'agit soit d'une parotidectomie exofaciale, soit d'une **parotidectomie** totale avec conservation du nerf facial. Compte tenu du risque de récurrence il faut proscrire tout geste limité (énucléation, parotidectomie limitée). Malgré un geste large le risque de récurrence existe et peut être observé plusieurs années plus tard (jusqu'à 10 ans), le risque est d'autant plus important que le geste est limité (allant de 4% pour une parotidectomie exofaciale à 2% pour une parotidectomie totale).

- **B) Les adénomes monomorphes**

**Dans ce groupe de tumeurs bénignes on trouve:**

**Les cystadénolymphomes** ou tumeurs de Whartin, 5 à 15% des tumeurs de la parotide, il touchent préférentiellement les hommes (3/1) après 50 ans. Se développent dans la partie exofaciale de la glande souvent au dépend du pôle inférieur. C'est une tumeur qui fixe à la scintigraphie qui est rarement demandée en pratique. Le traitement consiste en une parotidectomie exofaciale, les récurrences sont exceptionnelles, les formes bilatérales rares et la transformation maligne rarissime.

**Les oncocytomes** ou adénomes à cellules oxyphiles sont rares, touche aussi bien l'homme que la femme après 50 ans. L'existence d'oncocytomes malins est décrite bien que rare. Le traitement est chirurgical (parotidectomie partielle).

**Les adénomes à cellules basales**, peu fréquent au niveau de la parotide, se voient après 60 ans. L'existence de formes malignes est rapportée.

**Les adénomes à cellules myoépithéliales** sont rares.

## 2) LES TUMEURS MALIGNES

Le caractère malin ne peut être que suspecté devant une tumeur d'apparition rapidement progressive, associées à des douleurs, une parésie ou paralysie faciale périphérique, des adénopathies. Certaines tumeurs occultes de la parotides peuvent se révéler par une paralysie faciale périphérique d'apparition progressive. Mais ce n'est que l'examen anatomopathologique de la tumeur qui fera le diagnostic ce qui impose une parotidectomie exploratrice systématique pour toute tumeur de la parotide avec examen extemporané.

- **A) Les carcinomes adénoïde kystiques (ou cylindrome)**

2 à 4% des tumeurs de la parotide, 12% des tumeurs malignes. Touchent plus la femme que l'homme entre 40 et 60 ans. Ce sont des tumeurs à croissance lente qui sont caractéristique par leur capacité à infiltrer les gaines nerveuses même si la paralysie faciale est rare (quand elle existe elle serait synonyme de 100% de mortalité à 8 ans). Les métastases ganglionnaires sont rares, les métastases à distance (poumon +++, os) sont fréquentes et très longtemps bien supportées, leur existence est compatible avec une survie de plusieurs dizaines d'années.

Le traitement consiste en une parotidectomie totale, la préservation du facial est de règle, le curage ganglionnaire cervical n'est pas systématique, une radiothérapie complémentaire sur le site tumoral est le plus souvent réalisée elle peut être également utilisée sur les métastases.

Le pronostic est mauvais, de l'ordre de 75% à 5 ans mais de 20% à 20 ans.

### **3) Les tumeurs muco épidermoïdes.**

Carcinomes les plus fréquents dans les séries Américaines, représenteraient 20% des carcinomes de la parotide. C'est la tumeur maligne qui est la plus fréquemment rencontrée chez l'enfant. On les retrouve aussi bien chez l'homme que chez la femme entre 30 et 60 ans. Il existe 3 grades histopronostique, les tumeurs de haut grade de malignité pour lesquelles la survie est de 45% à 5 ans, les tumeurs de bas grade et de grade intermédiaire pour lesquelles la survie est d'environ 95% de survie à 5 ans.

Le traitement consiste en une parotidectomie complète (le nerf facial doit être préservé autant que faire ce peu), un curage ganglionnaire cervical est systématique pour les tumeurs de haut grade, une radiothérapie complémentaire est systématiques pour les haut grades, discutée pour les autres formes.

### **4) Les tumeurs à cellules acineuses.**

Elles représentent entre 2 et 4% des tumeurs de la parotide et environ 12% des tumeurs malignes. Le pronostic est difficile à connaître et une classification histopronostique est dans ce cas beaucoup plus délicate à utiliser. Elles se rencontrent plus chez les femmes

Le traitement est mal codifié, il faut dans tous les cas envisager une parotidectomie complète, la radiothérapie complémentaire est discutée.

La survie à 5 ans est de 80% mais elle est de 60% à 20 ans du fait de la possibilité de récidives tardives ou d'apparition de métastases à distance.

Les autres formes d'adénocarcinomes sont des tumeurs malignes dont les caractéristiques histologiques ne permettent pas une classification plus précise. Ils représentent 10% des tumeurs malignes. Le risque de récurrence locale et de métastases ganglionnaires ou à distance est important ce qui justifie une parotidectomie complète, un curage ganglionnaire cervical et une radiothérapie complémentaire systématique. Le pronostic n'est pas bon.