

# LES TUMEURS DE LA PAROTIDE ET LEUR PRISE EN CHARGE : EXPÉRIENCE DE 5 ANS AU CHU GABRIEL TOURÉ DE BAMAKO

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

## RESUME

**Objectif :** L'objectif de cette étude était de rapporter l'expérience du service, en décrivant le profil des patients, le type d'intervention, le type histologique et les résultats chirurgicaux.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective longitudinale réalisée sur une période de 5 ans et concernant les dossiers des patients opérés pour tumeurs de la parotide.

**Résultats :** Trente six patients ont répondu à nos critères d'inclusion. L'âge médian était de 49,5 ans ; les femmes représentaient 62%. La tuméfaction parotidienne était unilatérale droite dans 55 % et gauche dans 45%. L'échographie cervicale systématique a montré des signes de présomption de malignité dans 3 cas. La parotidectomie a été superficielle chez 28 patients soit 77% et totale chez 8 patients soit 23%. L'adénome pléomorphe a été le type histologique le plus fréquent (79%), les tumeurs malignes ont représenté 5%.

Les complications post opératoires ont été l'infection du site opératoire (2 cas), la parésie et la paralysie du nerf facial (respectivement 6 et 5 cas) et, le syndrome de Frey (2 cas). Tous les cas de parésie du nerf facial ont complètement récupéré après l'intervention chirurgicale. Trois des 5 cas de paralysie du nerf facial ont récupéré complètement. Il n'y a pas eu de récurrence.

**Conclusion :** Dans notre expérience au CHU Gabriel Touré de Bamako, les tumeurs parotidiennes ont concerné la femme adulte jeune. Le polymorphisme histologique des tumeurs de la parotide avec la classique prédominance de l'adénome pléomorphe a été confirmé. Les résultats des parotidectomies en majorité partielles sont été satisfaisants dans 89 % des cas.

**Mots-clés :** tumeurs parotidiennes, chirurgie, complications

\*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)

**Auteur correspondant :** DOUMBIA-SINGARE K  
E-mail : kadidia22000@yahoo.fr. Tel : 00223 66730799.

## ABSTRACT

### **THE TUMORS OF THE PAROTID AND THEIR CARE: 5 YEARS EXPERIENCE AT THE UNIVERSITY HOSPITAL GABRIEL TOURÉ IN BAMAKO**

**Objective:** The objective of this study was to report the experience of the service, describing the profile of patients, the type of intervention, the histological type, and the surgical results.

**Patients and methods:** It is a longitudinal retrospective study over a period of 5 years and for records of patients who underwent surgery for tumors of the parotid gland.

**Results:** Thirty-six patients met our inclusion criteria. The median age was 49.5 years; female represented 62%. Unilateral parotid swelling was right in 55% and 45% left. The systematic cervical ultrasound showed signs of malignancy presumption in 3 cases. Superficial parotidectomy was performed in 28 patients (77%) against total parotidectomy in 8 patients (23%). The pleomorphic adenoma was the most common histologic type (79%), malignant tumors accounted for 5%.

The postoperative complications were surgical site infection (2 cases), facial nerve's paresis and facial nerve's paralysis (respectively 6 and 5 cases) and Frey syndrome (2 cases). All the cases of paresis of the facial nerve recovered completely after surgery. Three of the 5 cases of facial nerve paralysis recovered completely. There has been no recurrence.

**Conclusion:** In our experience at the CHU Gabriel Toure, Bamako, parotid tumours occurred in young adult women. Histological polymorphism of tumours of the parotid with the usual predominance of the pleomorphic adenoma has been confirmed. The results of parotidectomies mainly partial were satisfactory in 89% of cases.

**Keywords:** parotid tumors, surgery, complications

## 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).

La démarche diagnostique a pour objectif de définir la localisation de la tumeur, ses rapports et d'essayer d'approcher sa nature afin d'adopter une stratégie thérapeutique.

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 est discuté dans la littérature entre une parotidectomie totale conservatrice et une parotidectomie superficielle (1,3).

La relation de la glande parotide avec le nerf est responsable de beaucoup de difficultés et de complications de la chirurgie parotidienne.

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 rapporter l'expérience du service, en décrivant le profil des patients, le type d'intervention, le type histologique et les résultats chirurgicaux.

## 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 réalisée du 1er Janvier 2008 au 31 Décembre 2013 et a concerné les dossiers de patients opérés pour tumeur de la glande parotide.

Nous avons relevé pour chaque dossier l'âge, le sexe, l'histoire clinique, le siège de la tumeur, la taille, la consistance, le type de chirurgie, le type histologique et les complications post opératoires immédiates et tardives.

## RÉSULTATS

Au cours de la période d'étude, 58 patients ont été admis dans le service pour tumeur de la parotide ; 36 patients ont bénéficié d'une parotidectomie soit 62%. Dans les autres cas, la chirurgie était soit dépassée soit refusée par les patients. Les dossiers retenus concernaient 14 patients de sexe masculin et 22 patients de sexe féminin soit 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 entre le début des symptômes et la consultation variait de 7 mois à 12 ans. La moyenne était de 50 mois et la médiane était de 36 mois.

Le motif de consultation a été une tuméfaction parotidienne unilatérale droite dans 20 cas soit 55% et gauche dans 16 cas soit 44%. La taille de la tumeur variait de 2cm à 7 cm (figure 1). La taille médiane était de 4 cm. Chez 2 patients, la tuméfaction parotidienne était douloureuse, associée à une paralysie faciale et à une adénopathie jugulocarotidienne supérieure. Ces caractéristiques étaient corrélées à la nature maligne de la tumeur. 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 de la région parotidienne unilatérale dans 3 cas et bilaté-

rale dans 2 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 confirmé les 2 cas de formation kystique bilatérale observés à l'échographie et a montré une masse de densité tissulaire de la glande parotide se rehaussant après l'injection de produit de contraste dans les 2 autres (figure 2).

La parotidectomie a été partielle pour 34 patients et totale dans 2 cas. Pour les 2 cas de formation kystique bilatérale découverte à l'imagerie, la chirurgie a intéressé la glande cliniquement tuméfiée ; la chirurgie de la glande controlatérale a été refusée par les patients. Le tableau I rapporte la nature des gestes chirurgicaux en fonction de la nature histologique de la tumeur parotidienne.

**Tableau I** : Type de chirurgie et nature histologique de la tumeur

	Tumeur bénigne	Tumeur maligne
Chirurgie partielle	28 (77%)	0
Chirurgie totale	0	0
Avec conservation nerf facial	6 (17%)	0
Avec curage ganglionnaire	0	2 (6%)

Le tableau II spécifie le type histologique des tumeurs

**Tableau II** : Histologie des tumeurs

Tumeurs		Fréquences absolues	Fréquences relatives
Tumeurs bénignes	Adénome pléomorphe	25	79%
	Tumeur de Warthin	4	11%
	Kyste parotidien	3	8%
	Adénome canalaire	2	6%
Tumeurs malignes	Cylindrome	1	3%
	Adénocarcinome	1	3%
Total		36	100%

Les suites opératoires ont été simples dans 58% et compliquées dans 42% ; elles sont détaillées dans le tableau III.

**Tableau III** : Complications post opératoires en fonction de la période d'apparition, du type de chirurgie et de la nature histologique des tumeurs.

	Effectif (%)	Période opératoire	Type d'intervention	Nature histologique
Infection du site opératoire	2/36 (6%)	J3	Parotidectomie superficielle	Adénome pléomorphe
Parésie faciale	3/36 (8,33%)	J1	Parotidectomie superficielle	Adénome pléomorphe
	2/36 (6%)	J1	Parotidectomie superficielle	Tumeur warthin
	1/36 (2%)	J1	Parotidectomie superficielle	Kyste parotidite
Paralysie faciale	3/36 (8,33%)	J2	Parotidectomie totale	Adénome pléomorphe
	1/36 (2%)	J1	Parotidectomie totale et curage ganglionnaire	cyndrome
	1/36(2%)	J1	Parotidectomie totale et curage ganglionnaire	adénocarcinome
Syndrome de frey	2/36 (6%)	18 mois	Parotidectomie totale	Adénome pléomorphe

Parmi les 6 cas (16%) de parésie faciale, 1 cas a récupéré au bout de 1 mois, 2 au bout de 6 mois et 3 au bout de 12 mois.

Parmi les 5 cas (13%) de paralysie faciale, 3 cas (8%) ont récupéré complètement au bout de 9 mois ; 2 cas correspondant à des tumeurs malignes, ont régressé au bout de 5 mois après un traitement médical et une kinésithérapie.

Le syndrome de Frey, apparue chez 2 patients au bout de 18 mois, n'a pas été traité. Au terme de ces 5 ans, les résultats chirurgicaux définitifs ont été satisfaisants pour 32 patients soit 89%. Nous n'avons pas noté de récurrence, ni de mortalité ; cependant les 2 cas de cancers ont été perdus de vue après une période de 6 mois.

## DISCUSSION

Les parotidectomies dans notre expérience n'ont concerné que des adultes ; ceci s'explique sûrement par la rareté de la pathologie de l'enfant (1, 5,6).

Le principal symptôme 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 ont 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 observées 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. Elle a mise en évidence des lésions

glandulaires controlatérales alors que la symptomatologie clinique était unilatérale.

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 bénigne sont le caractère homogène et bien limité de la lésion; le caractère malin est évoqué devant l'absence 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 ont été histologiquement confirmés. Le même constat a été fait par Maâmouri et al (6) dans une série de 47 cas de tumeurs de la parotide. Ainsi, 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). Dans la série de 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.

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 que Maâmouri et al (6).

L'IRM (imagerie par résonance magnétique) qui est l'examen le plus performant pour l'exploration des tumeurs de la glande parotide n'est pas encore réalisable dans notre contexte (1, 6, 15, 16).

Le traitement des tumeurs de la parotide repose sur la parotidectomie (3, 5,6). L'intervention n'a pas été réalisée chez 38% des patients durant la période d'étude. Le taux de patients non opérés dans cette série peut être considéré élevé ; les cas de refus soulèvent le problème du consentement éclairé des patients.

Nous avons réalisé la parotidectomie superficielle pour des tumeurs bénignes localisées au lobe superficiel et la parotidectomie totale en cas de large tumeur (taille supérieure à 4 cm) impliquant le 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. Dans la littérature, 80% des tumeurs de la glande parotide sont bénignes (1, 3, 6,13). L'adénome pléomorphe a été le type histologique le plus fréquent 79 %, suivi de la tumeur de Warthin. L'adénome pléomorphe constitue la tumeur bénigne la

plus fréquente (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 diffluent et peuvent être rompus lors de leur excision, 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, la tumeur de Warthin représente la deuxième étiologie des tumeurs bénignes de la parotide après l'adénome pléomorphe comme en témoigne dans la présente étude (1, 6).

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 de notre étude n'ont pu être suivis.

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 paralysie ou de paralysie définitive du nerf facial est estimé entre 0,2 et 1,9%, celui de paralysie faciale temporaire ou paralysie est compris entre 15 et 17% (1). Dans cette étude, le taux faible de paralysie faciale temporaire 8% et de paralysie temporaire 16% s'explique en partie par la parotidectomie superficielle qui a été largement pratiquée 77%.

La taille de la tumeur semblerait influencer les résultats chirurgicaux car les 5 cas de paralysie faciale sont survenus après une parotidectomie totale pour des tumeurs dont la taille était supérieure à 4 cm.

Le syndrome de Frey, qui est caractérisé par une hyperhidration 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

Dans notre expérience au CHU Gabriel Touré de Bamako, les tumeurs parotidiennes ont concerné la femme adulte jeune. Le polymorphisme histologique des tumeurs de la parotide avec la classique prédominance de l'adénome pléomorphe a été confirmé. La chirurgie a été majoritairement partielle. Les résultats des parotidectomies ont été satisfaisants dans 89 % des cas. Le suivi à long terme habituellement

recommandé pour le suivi des récurrences semble par contre difficile dans notre contexte.

## 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 OtolaryngolChirCervicofac* 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. *Oncol Lett* 2015 ; 9 : 887-890.
- 5-Nagarkar NM, Bansal S, Dass A et al. Salivary gland tumors- our experience. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 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 tumors : 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'interne ORL : Tumeurs des glandes salivaires. 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, Chnir 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 : tumeur bénigne mixte de l'espace parotidien. Paris : Maloine ; 2004. 335p.
- 15-Yerli Y, Aydin E, Haberal N et al. Diagnosis of common parotid tumors 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. *Ann d'OtolaryngolChirCervicofac* 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.