

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But – Une Foi



**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO
(U.S.T.T.B)**



**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE (FMOS)**

Année universitaire : 2021-2022

N° :

TITRE

**ADENOMES PLEOMORPHES : ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES AU CENTRE
NATIONAL D'ODONTO-STOMATOLOGIE
PROFESSEUR HAMADY TRAORE**

MEMOIRE

Présenté et soutenu publiquement le 28 / 01 /2023 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

Par Dr Famakan DIAKITE

Pour obtenir le Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S).

JURY

Président : Pr Drissa TRAORE

Membre : Pr Boubacar BA

Directeur du mémoire : Pr Amady COULIBALY

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont à l'endroit de :

- Tous nos maîtres de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako pour la qualité des enseignements que vous nous prodiguez tout au long de notre formation.
- Singulièrement notre Cher Maître Feu Professeur Hamady TRAORE pour des enseignements que vous nous avez eu à nous prodiguer. Et tous ce que vous avez entrepris pour l'avancement de la Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du Mali. Dormez en paix cher Maître. Que Dieu vous conduit dans son paradis.
- A notre Directeur de mémoire Professeur Amady COULIBALY, qui nous a fait l'honneur de diriger notre travail malgré vos multiples occupations. Nous vous remercions pour tout ce que vous continuez à faire pour notre spécialité. Nous vous assurons de notre reconnaissance. Que Dieu vous prête longue vie.
- Dr YOROTE SORY I. et toute sa famille :

Pour votre soutien tant matériel que moral. Cher confrère, il nous est certes difficile de vous témoigner notre estime, notre respect et toute notre reconnaissance. Permettez-nous cependant de vous dire que plus qu'un confrère vous êtes pour nous un frère.

- Tout le personnel du CHU-CNOS Professeur TRAORE Hamady particulièrement le personnel du service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale pour votre soutien, votre collaboration et votre disponibilité de la transmission du savoir.
- Tous nos collègues Docteurs en Spécialisation pour votre collaboration
- Tous ceux qui nous ont aidé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

- Nos parents : Broulaye DIAKITE et Feue Fanta COULIBALY.

Nous vous avons hérité l'amour du travail bien fait. Vous nous avez toujours appris que seul le travail libère l'Homme. Vous avez été toujours là, à nous conseiller, surtout à nous encourager durant nos études. Nous vous devons ce que nous sommes aujourd'hui. Nous vous assurons de notre profonde reconnaissance. Chère mère votre absence parmi nous est la seule amertume que nous avons à cœur aujourd'hui. Dormez en paix chère mère, que le tout puissant vous récompense par son paradis.

- Nos épouses Sali DIALLO et Adama I. SISSOKO :

Vous avez été toujours un soutien pour nous pendant les moments difficiles.

Vous avez aussi contribué chères épouses à la bonne réalisation de ce travail.

Les mots nous manquent aujourd'hui pour vous témoigner toute notre reconnaissance.

- Nos enfants : Chers enfants, Papa vous aime beaucoup.

Notre souhait le plus ardent est que vous dépassiez vos parents dans le domaine des études.

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU-CNOS : Centre hospitalier Universitaire Centre national d'Odontostomatologie

AP : Adénome pléomorphe

VJE : Veine jugulaire externe

VJI : Veine jugulaire interne

SCM : Muscle sterno-cléido-mastoïdien

CALP : Cystadéno-lymphome papillaire

ACE : Artère carotide externe

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

AIS : Anti-inflammatoire stéroïdien

NAT : Nerf auriculo-temporal

TDM MF : Tomodensitométrie maxillo-faciale.

LISTE DES FIGURES

- Figure 1** : Structure histologique des différents types d'acini et canaux glandulaires (d'après Devoize et coll, 2010)
- Figure 2** : Anatomie des glandes salivaires principales (D'après Henry Gray 1821-1865. Anatomy of the Human Body 1918)
- Figure 3** : tumeur parotidienne gauche, vue de face avant chirurgie
- Figure 4** : Aspect TDM Coupe coronale d'une tumeur parotidienne gauche
- Figure 5** : Vue de profil post-chirurgical d'une tumeur parotidienne gauche
- Figure 6** : Vue de face post-chirurgical d'une tumeur parotidienne gauche
- Figure 7** : Vue de profil d'une tumeur parotidienne droite
- Figure 8** : Coupe axiale d'une tumeur parotidienne droite
- Figure 9** : Image peropératoire d'un tumeur parotidienne droite
- Figure 10** : Pièce opératoire d'une tumeur parotidienne
- Figure 11** : Aspect post-opératoire après greffe de peau
- Figure 12** : Vue de profil d'une tumeur sous-mandibulaire droite
- Figure 13** : Coupe coronale d'une tumeur sous-mandibulaire droite
- Figure 14** : Pièce en per-opératoire d'une tumeur sous-mandibulaire droite
- Figure 15** : Plaie opératoire
- Figure 16** : Vue de profil d'une tumeur sous-mandibulaire droite
- Figure 17** : Coupe sagittale d'une tumeur sous-mandibulaire droite
- Figure 18** : Plaie opératoire
- Figure 19** : Pièce opératoire
- Figure 20** : Vue de face d'une tumeur du palais
- Figure 21** : Vue de face avec bouche ouverte d'une tumeur du palais
- Figure 22** : Aspect TDM, Coupe frontale d'une tumeur du palais

Figure 23 : Pièce opératoire d'une tumeur du palais

Figure 24 : Plaie opératoire

Figure 25 : Vue de face d'une tumeur du palais

Figure 26 : Coupe coronale d'une tumeur du palais

Figure 27 : Vue de face d'une tumeur du palais

Figure 28 : Plaie en peropératoire d'une tumeur du palais

Figure 29 : Plaie opératoire fermée d'une tumeur du palais

Figure 30 : Pièce opératoire décapsulée

Figure 31 : Plaie opératoire 3 jours après l'opération d'une tumeur du palais

Figure 32 : Vue de face d'une tumeur sous-linguale

Figure 33 : Image échographique de la glande sous-linguale

Liste des tableaux et des narrations :

Tableau I : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge

Tableau II : Répartition des patients en fonction du sexe

Tableau III : Répartition des patients en fonction de la profession

Tableau IV : Répartition des patients en fonction de la résidence

Tableau V : Répartition des patients en fonction de la durée d'évolution

Tableau VI : Répartition des patients en fonction du traitement préalable

Tableau VII : Répartition des patients en fonction des antécédents médicaux

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction des antécédents chirurgicaux

Tableau IX : Répartition des patients en fonction des habitudes alimentaires

Tableau X : Répartition des patients en fonction du siège de la tuméfaction

Tableau XI : Répartition des patients en fonction d'examen paracliniques

Tableau XII : Répartition des patients en fonction du type de chirurgie réalisé

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction de l'accident per-opératoire

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction des suites post-opératoires

Narration 1 : Répartition en fonction du motif de consultation

Narration 2 : Répartition en fonction de type d'anesthésie réalisé

Narration 3 : Répartition des patients en fonction de récurrence

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
1. OBJECTIF GENERAL	15
2. OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	15
3.1. DEFINITION :.....	17
3.2. EPIDEMIOLOGIE :.....	17
3.3. RAPPELS :.....	18
3.3.1. EMBRYOLOGIE :.....	18
3.3.2. HISTOLOGIE :.....	20
3.3.3. ANATOMIE DES GLANDES SALIVAIRES.....	20
3.3.4. RAPPEL PHYSIOLOGIQUE :.....	24
3.4. ETIOPATHOGENIE	26
3.5. SIGNES :	27
3.5.1. TYPE DE DESCRIPTION : ADENOME PLEOMORPHE DU LOBE SUPERFICIEL DE LA PAROTIDE	27
3.5.2. FORMES CLINIQUES.....	30
3.6. DIAGNOSTIC :	31
3.6.1. DIAGNOSTIC POSITIF :	31
3.6.2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :	31
3.7. TRAITEMENT :.....	34
3.7.1. BUT :.....	34
3.7.2. MOYENS : CHIRURGIE ET MEDICAMENTEUX.....	34
3.7.3. INDICATIONS :.....	36
3.7.4. RESULTATS :	37
PATIENTS ET MÉTHODES :	39
4.1. TYPE D'ETUDE :.....	39
4.2. LIEU D'ETUDE :	39
4.3. POPULATION D'ETUDE :.....	39
4.4. ECHANTILLONNAGE :.....	39
4.4.1. CRITERES D'INCLUSION :.....	39
4.4.2. CRITERES DE NON INCLUSION :	39
4.4. LA COLLECTE DES DONNEES :.....	39
4.6 CONSIDERATIONS ETHIQUES :	40
4.7 CONFLIT D'INTERET :.....	40
5.1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	42
5.2. ASPECTS CLINIQUES	44

5.3. ASPECTS THERAPEUTIQUES	46
METHODES	50
6.1. EPIDEMIOLOGIE :	50
6.2. CLINIQUE :	51
6.3. TRAITEMENT :	51
6.4. EVOLUTION ET PRONOSTIC :	52
ANNEXES.....	61
FICHE SIGNALETIQUE	62
RÉSUMÉ.....	63
ICONOGRAPHIE.....	64
FICHE D'ENQUETE.....	71

INTRODUCTION

Les tumeurs des glandes salivaires sont rares. Elles représentent moins de 4% de l'ensemble des tumeurs de la tête et du cou. Parmi les différents types histologiques de tumeurs des glandes salivaires, l'adénome pléomorphe est le plus fréquent et représente environ 70% [1].

L'adénome pléomorphe appelé aussi tumeur mixte bénigne est la plus commune des tumeurs des glandes salivaires. Elle survient le plus souvent pour près de 90% dans la parotide et pour 10% dans les glandes salivaires accessoires. Les sites préférentiels de l'adénome pléomorphe des glandes salivaires accessoires sont le palais, les lèvres et les joues. Les autres sites rares sont représentés par le plancher buccal, le larynx, la langue, les amygdales, le pharynx, la région rétromolaire mais aussi les cavités nasales. L'adénome de la joue est assez rare [2]. Dans une étude réalisée à l'université de Lomé, 84% des adénomes pléomorphes survenaient au sein de la parotide, 8% au sein de la glande submandibulaire et 4-6% au niveau des glandes salivaires accessoires [1]. Dans une série publiée en 1972 par l'Armed Forces Institute of Pathology portant sur 9993 tumeurs salivaires, seuls 10 cas d'adénomes pléomorphes de glande submandibulaire ont été rapportés [3]. Par ailleurs, le palais, réunissant plus de 50 % des glandes accessoires qui se répartissent également entre palais dur et palais mou, représente le siège préférentiel des tumeurs salivaires accessoires (deux tiers des cas) suivit de la lèvre supérieure et la muqueuse buccale. Les sites inhabituels sont les sinus, le larynx, l'épiglotte et la trachée [4]. D'autres localisations comme la langue, la lèvre et même le conduit auditif externe ont été décrits [1].

L'adénome pléomorphe peut survenir à tout âge, avec une prédilection entre la 4e et la 6e décennie de vie et le sexe féminin semble plus touchée que le sexe masculin [1].

L'évolution peut se faire sur plusieurs mois, voire plusieurs années avec un risque de transformation maligne d'environ 6% [1].

Malgré son caractère bénin, de rares cas de métastases à distance ont été rapportés, touchant plus fréquemment l'os, les poumons et les ganglions lymphatiques. La localisation secondaire sous-cutanée a été rapportée dans un travail [6].

Le traitement de choix est la chirurgie. Cependant, la paralysie du nerf facial reste la complication principale de la chirurgie parotidienne.

L'anatomopathologie définitive après exérèse est obligatoire pour confirmer le diagnostic ; l'imagerie intervient dans le bilan pré-thérapeutique [9].

Dans le cadre de notre étude de spécialisation en Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, nous avons été marqués par la fréquence élevée des adénomes pléomorphes et par la gravité que pouvait revêtir leur évolution ainsi que les complications possibles liées à sa chirurgie. Le fait qu'il y'a peu étude réalisée sur les adénomes pléomorphes dans notre service nous jugeons nécessaire de mener une étude sur le sujet.

OBJECTIFS

1. Objectif général

Etudier les aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique des adénomes polymorphes dans le service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale du Centre National d'Odonto-Stomatologie.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des adénomes pléomorphes ;
- Décrire les aspects cliniques des adénomes pléomorphes ;
- Déterminer les aspects thérapeutiques des adénomes pléomorphes.

GENERALITES

3.1. Définition :

L'adénome pléomorphe est une tumeur bénigne affectant les glandes salivaires majeures, en particulier la glande parotidienne (85% des cas) et la glande sous-mandibulaire (5% des cas), mais aussi les glandes salivaires accessoires (10% des cas). [1]

Les tumeurs des glandes salivaires sont rares. Elles représentent moins de 4% de l'ensemble des tumeurs de la tête et du cou. Parmi les différents types histologiques de tumeurs des glandes salivaires, l'adénome pléomorphe est le plus fréquent et représente environ 70% [2].

3.2. Epidémiologie :

L'adénome pléomorphe ou tumeur mixte de VIRCHOW en raison de sa double origine épithéliale et conjonctivale ou encore épithélioma à stroma remanié, représente en entité particulière en raison des intérêts qu'il suscite : Au plan,

- De la fréquence : l'Adénome pléomorphe représente 70 % dans les statistiques Européennes dont 65 % de localisations au niveau des glandes salivaires principales et dominées par la parotide [3].
- En Côte d'Ivoire, SIDIBE dans sa thèse rapporte 26,79 % des cas.
- Du diagnostic : L'Adénome pléomorphe bénéficie des moyens modernes d'investigation d'exploration dominés par l'échographie et le scanner [3].
- De l'évolution : dominée par les récurrences et quelquefois la transformation maligne.
- De la thérapie ; leur traitement doit être complet le plus possible. Le traitement est exclusivement chirurgical.

La discussion historique entre parotidectomie totale et superficielle a peu à peu évolué vers celle entre parotidectomie et tumorectomie en dehors de la capsule tumorale en enlevant du tissu glandulaire sain (parotidectomie extracapsulaire), ce qui l'oppose à l'énucléation et à la parotidectomie totale [3].

Leur traitement n'est pas toujours anodin en raison de l'existence de certains éléments nobles tels que le nerf facial.

3.3. Rappels :

Les glandes salivaires sont divisées en glandes salivaires principales et accessoires. Les glandes salivaires principales sont la glande parotide, la glande submandibulaire et la glande sublinguale. Les glandes salivaires accessoires sont ubiquitaires ; elles sont localisées dans l'ensemble de la muqueuse des voies aérodigestives supérieures ; les sites de prédilection sont néanmoins la muqueuse de la cavité orale et de la langue, les fosses nasales et les sinus paranasaux, l'espace parapharyngé antérieur. Leur nombre est estimé entre 600 et 1000 [4].

3.3.1. Embryologie :

Les glandes salivaires se développent au niveau de la partie initiale de l'intestin primitif, à partir de bourgeons épithéliaux d'origine ectoblastique pour les glandes salivaires majeures, et mésoblastique pour les glandes salivaires mineures. Les ébauches parotidiennes et sous-maxillaires apparaissent dès la sixième semaine de vie intra-utérine, les ébauches des glandes sublinguales à la neuvième semaine, et les glandes salivaires accessoires à la douzième semaine in utero.

La production de la salive est assurée dès le huitième mois in utero, par les ébauches des glandes salivaires [5].

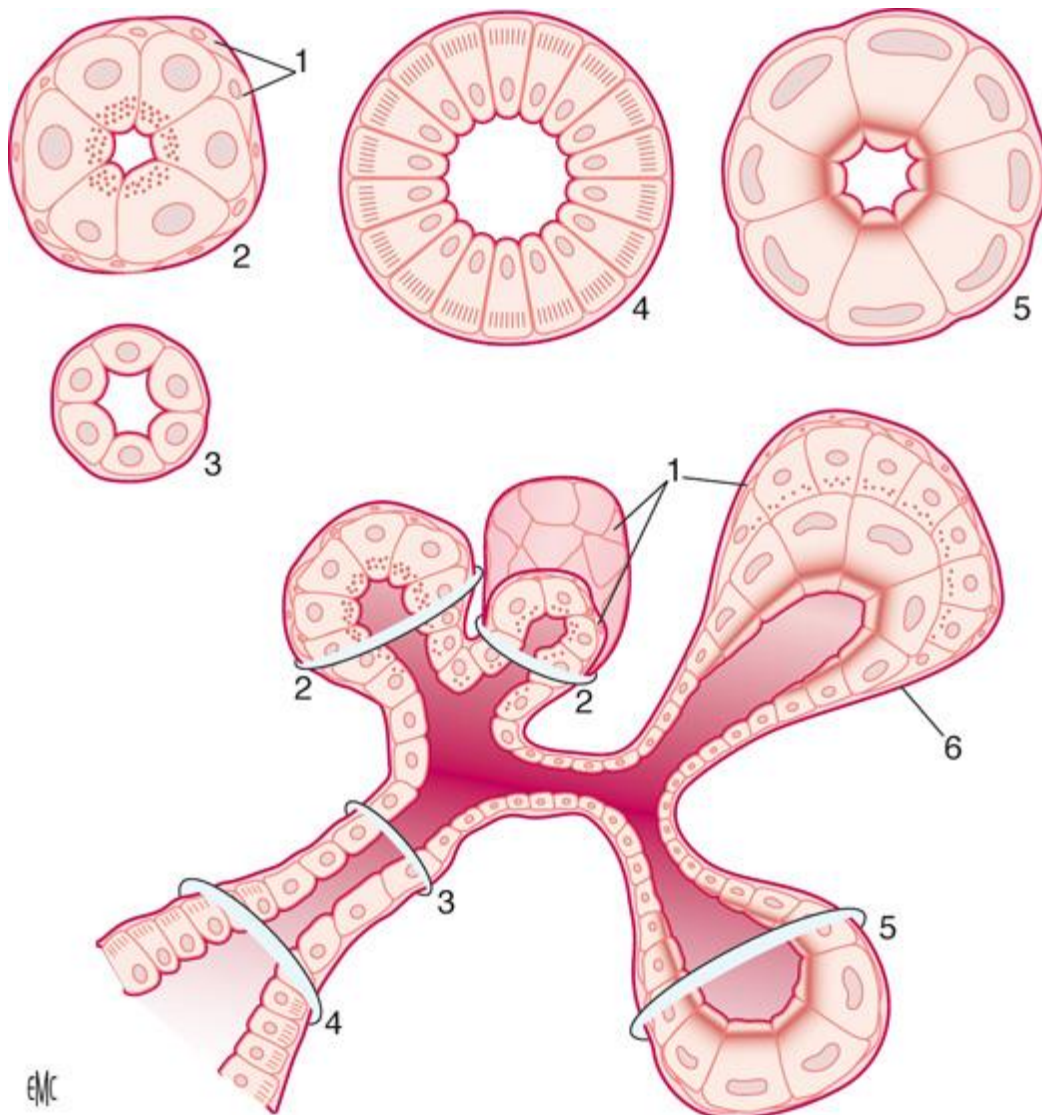


Fig1 : Structure histologique des différents types d'acini et canaux glandulaires (d'après Devoize et coll, 2010).

1. Cellules myoépithéliales, 2. Acinus séreux, 3. Canal intercalaire, 4. Canal strié, 5. Acinus muqueux, 6. Acinus mixte séromuqueux.

3.3.2. Histologie :

Au terme de l'embryogénèse, les glandes salivaires sont organisées en lobes, constitués de plusieurs lobules, eux-mêmes formés de plusieurs acini. On qualifie donc les glandes salivaires de glandes lobulaires exocrines. L'unité sécrétrice des glandes salivaires est une formation tubulo-acineuse appelée adénomère, dont les portions terminales sont les acini. L'acinus est constitué d'un amas de cellules sécrétrices regroupées autour d'un canal collecteur appelé canal intercalaire.

La salive sécrétée par les acini est collectée par un réseau de canaux différenciés qui comprend successivement : les canaux intercalaires qui collectent la salive issue des acini, les canaux striés intra-lobulaires pour le lobule, les canaux interlobulaires, puis le canal collecteur [6].

3.3.3. Anatomie des glandes salivaires

On distingue 2 types de glandes salivaires : [4]

A. Les glandes salivaires accessoires :

Sont réparties dans toute la muqueuse buccale : on les retrouve au niveau :

- De la langue, du plancher buccal, des lèvres
- Des joues, du palais
- De la région rétro molaire
- Des malaires.

B. Les glandes salivaires principales : [4]

Comprennent la parotide, la sous-maxillaire, et la sublinguale. En raison de la fréquence des localisations parotidiennes de l'adénome pléomorphe, nous rappelons l'anatomie de la parotide et dégagerons les intérêts thérapeutiques, surtout chirurgicaux due à la présence d'éléments nobles tels que le nerf facial.

- **La loge parotidienne :**

Elle est de forme prismatique et est située :

- * à la partie supérieure et latérale du cou
- * au-dessous de la base du crâne
- * en avant de la région mastoïdienne
- * en arrière de la branche montante de la mandibule

Elle comprend 3 parois qui sont :

- * Externe = Prétragienne
- * Antéro-interne
- * Postérieure. Elle a 3 bords et 3 extrémités

Elle renferme la glande parotide qui épouse ses contours. Elle sécrète une salive filante qui joue un rôle dans la physiologie de la digestion du bol alimentaire.

Cette salive est drainée dans la cavité buccale par le canal de Stenon.

- La parotide et sa loge contracte des rapports très importants avec les éléments vasculo-nerveux qui y passent et rendent la chirurgie de cette région difficile.

En effet la parotide contracte des rapports avec :

* Le nerf facial

- « miroir de nos sentiments » donc de la « mimique, le nerf facial, 7^e paire des nerfs crâniens, est un nerf mixte qui assure l'innervation motrice de la face.

- Son importance fonctionnelle fait de lui un élément capital dans la chirurgie parotidienne.

En effet la chirurgie de cette glande revient à une dissection du nerf facial qui forme la bissectrice de l'angle mastoïdo-cartilagineux.

Aussitôt après son émergence à la base du crâne au niveau du trou stylo-mastoïdien le nerf facial se divise en 2 branches temporo et cervico-faciale à la face postérieure de la glande.

Il divise alors la glande en 2 lobes, superficiel (pré facial) et profond et se présente comme « un signet dans un livre ».

C'est l'intimité de ses rapports avec la glande qui offre le plus d'intérêt puisqu'il est la préoccupation majeure du chirurgien maxillo-facial.

Vascularisation :

- La carotide externe
- Le confluent veineux intra parotidien occupe le même interstice cellulaire inter lobaire que le nerf facial.
- Le confluent veineux intra parotidien est formé par :
- Les veines afférentes

Sont au nombre de 4 confluent :

- Antérieur : veine Maxillaire interne qui sort de la boutonnière rétro condylienne de Juvara.
- Veine temporal superficielle.
- Postérieure, groupe les veines auriculaire, postérieure, occipitale.

* les veines afférentes sont au nombre de 3

- La plus importante est la veine jugulaire externe (sera ligaturé lors de la dissection superficielle de la glande parotide).
- La veine communicante intra parotidienne perfore la cloison inter maxillo-parotidienne pour déboucher dans la veine faciale.
- L'artère carotide externe

- Élément parotidien le plus profond, elle naît dans la région sterno cleïdo mastoïdienne après un trajet vertical, puis pénètre dans la loge parotidienne après son trajet sous glandulaire et donne plusieurs rameaux.

- Le nerf auriculo-temporal

Entre dans la région parotidienne par la boutonnière rétro-condylienne de Juvara avec les vaisseaux maxillaires interne puis pénètre dans la parotide par son pôle supérieur où il croise les vaisseaux temporaux superficiels.

Certains chirurgiens Maxillo-Faciaux dans le but de prévenir une réponse aberrante des fibres sécrétoires parasympathiques (provenant du IX) pratiquent au terme de la parotidectomie un arrachement systématique du nerf auriculo-temporal et nerf tympanique de Jacobson pour éviter le syndrome Frey.

Les ganglions lymphatiques :

Au niveau de la région parotidienne sont nombreux et on les distingue en :

- Sus- Aponévrotiques : Prétragiens

- Sous –Aponévrotiques.

- * Antérieur = pré-auriculaire

- * Inférieure = Sous-auriculaire situé le long de la V.J.E.

- Intra Parotidiens : Siègent pour la plupart le long des veines.

A ces ganglions aboutissent les lymphatiques de la parotide, de l'oreille moyenne et externe, et des régions temporale, frontale, palpébrale et nasale.

Ils sont drainés par :

- *3 voies principales : Retro glandulaire, veineuse (veine jugulaire externe) et artérielle (artère carotide externe) vers les ganglions Jugulaires Internes.

* 1 Voie accessoire : le long de la veine communicante Intra Parotidienne vers le groupe retro vasculaire des ganglions sous maxillaires.

- Ces ganglions peuvent être envahis ou infectés par des lésions siégeant dans les territoires qu'ils drainent : (parotide, oreille externe et moyenne, régions : temporale frontale, palpébrale, nasale).

Toutes ces notions justifient la pratique en cas de tumeurs malignes (évidemment ganglionnaire cervico-parotidien avec parotidectomie costale en monobloc non conservatrice).

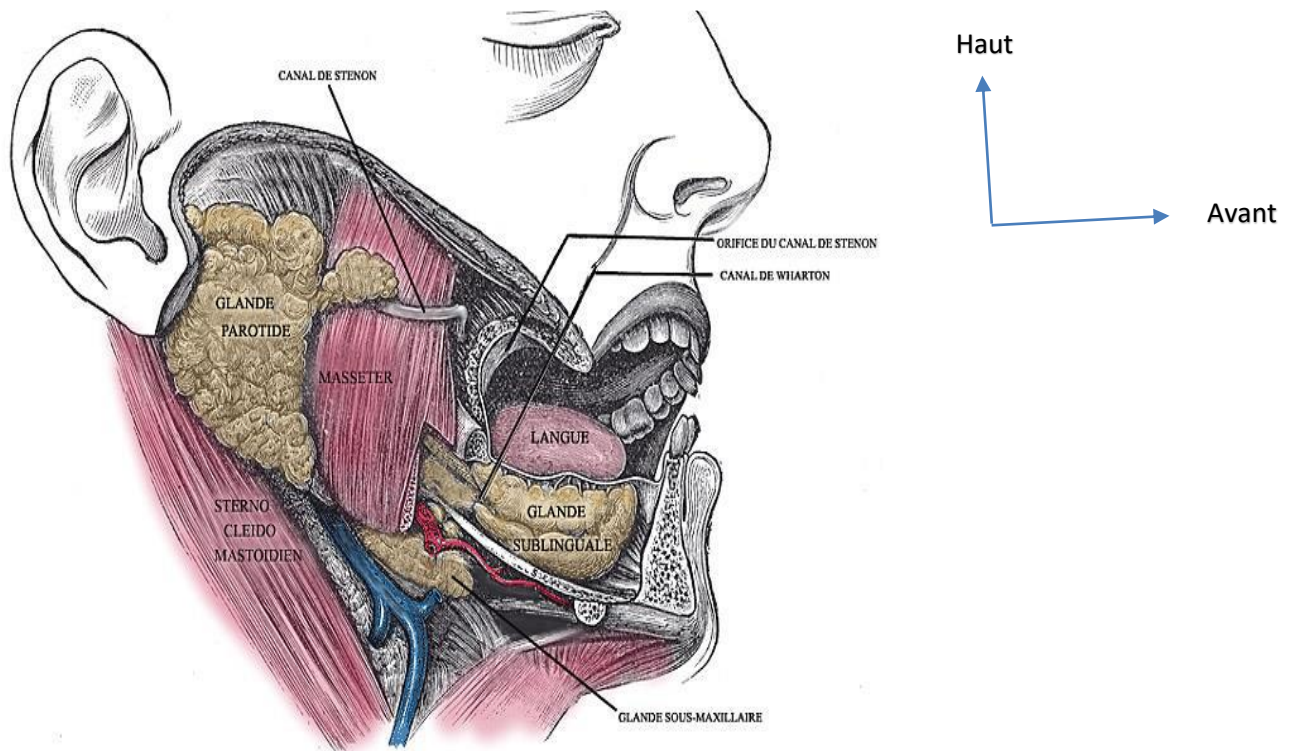


Fig 2 : Anatomie des glandes salivaires principales (D'après Henry Gray 1821-1865. Anatomy of the Human Body 1918). [7]

3.3.4. Rappel physiologique : [6]

Le volume de salive sécrétée par l'ensemble des glandes salivaires est en moyenne de 750 ml par 24 heures.

Celui-ci varie en fonction du type de stimulation, du rythme circadien et de l'état de vigilance du sujet. La salive totale obtenue résulte d'un mélange du produit de sécrétion des glandes parotides, submandibulaires, sublinguales et des glandes accessoires des muqueuses labiales, palatines, linguales et jugales.

La viscosité de la salive est inversement proportionnelle au taux de cisaillement qui lui est appliqué. La salive est un mélange complexe de sécrétions produites par les glandes salivaires, les résidus alimentaires, du fluide gingival, de cellules épithéliales desquamées, de bactéries orales non adhérentes, de transsudat de la muqueuse orale et de nombreux électrolytes d'origine plasmatique ; avec un pH qui varie entre 5,5 et 8,5 chez l'homme en fonction de l'âge et de la localisation. La salive est un liquide fait de 99,4% à 99,5% d'eau, le reste est composé d'un résidu sec qui se partage entre 0,30% à 0,34% de substances organiques (3 à 3,4 g/L pour l'essentiel des parotides) et 0,18% à 0,22% de substances inorganiques (1,8 à 2,2 g/L).

3.4. Etiopathogénie

A- Théories :

Les théories classiques de BILLROTH et VIRCHOW sont basées sur la structure épithélio-conjonctive d'où l'appellation de tumeur Mixte. La théorie de JEROUX qui repose sur la structure épithélio-gandulaire.

En effet ces cellules constituent le contingent essentiel dans les formes à composante chondro-myxoïde, du fait de leur grand pouvoir prolifératif facteur déterminant dans les Récidives [4].

B. Classification histologique.

1- Tumeurs épithéliales :

*** Tumeurs bénignes**

- Adénome pléomorphe
- Adénome Monomorphe = C.A.L.P
- Kystes
- Tumeur de Godwin
- * Tumeur Mucco-épidermoïde

- Tumeur à cellules claires.
- Tumeur à cellules Acineuses

*** Tumeurs malignes**

- Cylindromes : Carcinome Adénoïde kystique
- Adénocarcinomes
- Carcinomes
- Métastases [4].

2- TUMEURS CONJONCTIVES

*** Tumeurs bénignes**

- Angiome
- Lipome
- Schwannome , Neurinome

*** Tumeurs malignes**

- Hémangiopéricytome
- Lymphomes malin (de hodgkin, NH).
- Sarcome

Cette classification nous ayant permis de situer l'adénome pléomorphe, c'est la démarche diagnostique temps capital qui nous donnera les éléments de la symptomatologie fonctionnelle d'orientation [4].

3.5. Signes : [4].

3.5.1. Type de description : adénome pléomorphe du lobe superficiel de la parotide

- Circonstance de découverte :

Il s'agit le plus souvent d'une femme qui consulte pour une tuméfaction de la région parotidienne qui soulève le lobule de l'oreille évoluant sans signes fonctionnels.

Parfois il s'agit d'une découverte fortuite lors d'une consultation ou d'un examen systématique.

- Examen clinique :

- Interrogatoire précisera :

* la date et mode d'apparition rapide ou poussée inflammatoire ou non.

* Les antécédents

- Les Médicaux : Allergie- Troubles de l'hémostase

- Chirurgicaux : ulcère gastro-duodéal.

- Examen local :

Temps capital du diagnostic, doit être réalisé sur une patiente assise avec douceur sous un bon éclairage.

✓ L'inspection montre

- Début : Une tumeur de la région parotidienne

• Soulevant le lobule de l'oreille

• De taille variable : quelques centimètres à la forme évoluée

• De forme arrondie avec une peau en regard saine.

A un stade avancé, on note une tumeur de la région parotidienne, très volumineuse, aux contours irréguliers avec une peau en regard infiltrée portant une ulcération ou des scarifications surinfectées ou non occasionnée par des gestes intempestifs de tradi-thérapeutes. (C'est à ce stade que nous voyons nos malades).

- ✓ **La palpation** effectuée en se plaçant en arrière de la patiente met en évidence une tumeur parotidienne, indolore, ferme ou pseudokystique ou cartilagineuse, aux contours bosselés ou nets et mobile par rapport aux 2 plans au début mais fixée à ceux-ci dans les formes évoluées.
- Un crissement cartilagineux de la glande contre l'os : ce qui réalise le signe de NELATON.
- **Examen régional :**

Retrouve 3 signes négatifs

- Paralysie faciale périphérique = 0
- Absence de trismus et d'ADP cervico-faciales.

Si le diagnostic topographique est possible par la clinique, le bilan complémentaire para clinique apportera la certitude du diagnostic surtout histologique grâce à l'examen extemporané de la pièce opératoire.

- **Examens complémentaires :**

- **Les Radiographies**

- Sans préparation
- Face basse- profil- Hirtz) montre 2 types d'images :
- Soit absence de lésions
- Soit présence de calcification dans l'aire de projection de la parotide.
- Avec préparation = Sialographie parotidienne

* **Technique :** [6]

Après avoir cathétérisé le canal des STENON on injecte du Lipiodol tiédi environ 2cc, puis on fait des clichés en incidences (Face Basse, profil, Hirtz).

* **Résultats :**

- Lacune arrondie qui refoule harmonieusement les canaux secondaires comme "l'image d'une balle de ping-pong dans la main" = << Image d'encorbellement >>

- Le parenchyme restant = normal

** Absence de Flaques de Lipiodol.

- **Echographie parotidienne :**

Montre une image hypoéchogène hétérogène aux contours réguliers : tumeur aux limites et contours nets à contenu hypoéchogène et ailleurs on pourra demander :

- **Le scanner** (en coupes axiales et coronales) montre une image hyperdense, homogène aux limites nettes (par rapport aux parenchyme normal).
- **L'imagerie à résonance magnétique** avec le **scanner** permettent d'apprécier l'extension des volumes en profondeur.

C'est un examen cher qui est en dehors de la portée des malades.

• Autres examens :

- La cytologie salivaire

Doit être fait par un cytologiste averti

- La thermographie élimine les T.B.

- La scintigraphie

Intérêt dans les diagnostics des Adénomes.

* Monomorphes : cystadenolymphome papillaire

- Image d'Hyper Fixation

- Pléomorphe : Image d'hypofixation.

Dans tous les cas, la certitude du diagnostic sera donnée par :

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire

La biopsie et la ponction sont à proscrire en raison des risques.

- D'essaimage ou de dissémination des cellules tumorales

- De fistules salivaires

- Lésions d'une branche du nerf facial.

L'examen sera extemporané à partir de la pièce en opératoire complété plus tard par un examen histopathologique de toute la pièce opératoire :

• **Macroscopie :**

Tumeur entourée d'une pseudocapsule faite d'un tassement des tissus environnants avec des foyers extra capsulaires.

A la coupe on note la présence d'une texture hétérogène avec une alternance de zones blanchâtres, molles et de secteurs indurs, fibreux ou cartilagineux.

- Microscopie – 3 secteurs

* Secteurs plus denses = Epithélias

- * secteurs plus lâches = Myoepithéliaux
- * Secteur d'une substance fondamentale de type : Myxoïde, hyaline ou chondroïde selon la prédominance de l'un ou l'autre de ces secteurs on aura :
Les Adénomes pléomorphes à composante :
 - * Epithéliale prédominant chez l'européen
 - * Epithélio-Conjonctive
 - * Fibro-Hyaline et Chondro-Myxoïde fréquentes chez l'africain.
 - * Myoepithéliales

Evolution : L'évolution est fréquemment dominée par les récurrences après un traitement incomplet et quelquefois par la transformation maligne, elle doit motiver le chirurgien maxillo-facial dans un acte chirurgical complet et imposer une surveillance régulière.

3.5.2. Formes Cliniques [4]

Sont Topographiques et Evolutives

Formes topographiques :

*** Adénome pléomorphe du lobe profond parotidien :**

- L'examen clinique complété par le toucher pharyngien confirmera le diagnostic.
- La Sialographie en incidence de HIRTZ fera le diagnostic topographique.

*** Adénome pléomorphe de la sous-maxillaire**

Rare se présente sous forme d'une tuméfaction sous angulo-maxillaire retrouvée par le palper bidigital qui apprécie les limites.

La Sialographie fait le diagnostic sur les incidences occlusales et maxillaires défilées.

* **Adénome pléomorphe de la sublinguale** se compose par une tuméfaction du plancher buccal.

*** Adénome pléomorphe des glandes salivaires accessoires :**

- Palais – Tumeur palatine bombant en verre de montre,

- Joue – Tumeur très ferme, indolore, mobile et de siège intrajugale.

Formes évolutives :

*** Formes volumineuses**

Sont fréquentes dans nos pays. S'observent surtout à un stade tardif avec des scarifications surinfectées ou non et des ulcérations occasionnées par des gestes intempestifs de tradithérapeutiques.

*** Formes Récidivées**

- S'observent surtout après un traitement incomplet et représentent 12 % des cas adénomes pléomorphes [6].
- Sont surtout fonction chez nous de la nature histologique représenté par la forme à composante Chondro-Myxoïde avec hypercellularité.

*** Formes Malignes**

Sont suspectées devant :

- Une évolution rapide de la taille avec
- Douleurs, infiltration du tissu sous cutané
- Paralysie faciale périphérique
- Adénopathie cervico-faciale Douloreuse
- Altération de l'état général

- Sialographie : Image hétérogène des canaux avec des plaques lipiodolées
- Echographie : Aic = Adénocarcinome.

3.6. Diagnostic : [6].

3.6.1. Diagnostic positif :

Repose sur :

- * L'examen clinique méticuleux et bien conduit
- * Le bilan radiologique comprenant permet d'apprécier l'extension tumorale.
- * L'examen histologique de la pièce opératoire.

3.6.2. Diagnostic différentiel :

Au niveau de la parotide

A- En dehors de la loge parotidienne

On éliminera :

1 - Tumeurs superficielles

- Adénopathie préponévrotique
- Lipome
- Angiome
- Kyste sébacé

2 - Tumeurs superficielles musculaires

- Ostéome du sterno cléido mastoïdien
- Tumeur dur faisant corps avec le SCM
- Radiographie (rayons mous) Calcifications sur le trajet du SCM.

3 - Tumeurs de l'E.S.P.P

- Tumeurs vasculaires
- Phlébectasie de la VJI
- Anévrisme carotidien (Thrill, souffle)

- Tumeurs Nerveuses

Schwanomes, Neurinome sur les nerfs crâniens et le nerf sympathique

B- Dans la loge parotidienne :

1. Ce qui n'est pas glandulaire

Le problème ici est celui des adénopathies intra parotidiennes dont l'existence doit faire rechercher :

1.1. Métastases d'un cancer de l'ORL tel que :

- cancer du CAVUM, de l'oreille Externe et Moyenne.
- Mélanome

1.2. Lymphome malin non hodgkinien

2. Ce qui est glandulaire, non tumorale :

Hypertrophie parotidienne, on éliminera :

2-1- Parotide aigue d'origine virale :

Maladie hautement infectieuse et contagieuse due à un paramyxovirus à tropisme salivaire et nerveux.

- Touche essentiellement l'enfant
- Clinique

Tuméfaction parotidienne uni puis bilatérale avec comblement des sillons rétro mandibulaire et soulevant les lobules des oreilles.

Peau en regard tendue et inflammatoire.

2-2- Parotidite aiguë bactérienne :

Se caractérise de la première par son

- Unilatéralité
- Douleur
- La présence du pus au niveau de l'ostium du canal de Sténon
- Sialographie (images de plomb de chasse disséminées dans le parenchyme).

2-3- Une sialose : Syndrome sec

Réalise une véritable infirmité d'intensité variable qui peut conduire soit à une hyposialie, soit à une asialie :

- Se trouve :
- * Dans la maladie de GOUGEROT- SJORGREN
- * dans la Maladie de MICKULICZ

Hypertrophie des glandes salivaires et lacrymales avec diminution du flux des sécrétions.

2-4- Hypertrophie fonctionnelle

S'observe chez les mangeurs de féculents et les Ethyliques.

3- Ce qui est glandulaire tumorale.

Ce sont les autres tumeurs qui seront discutées.

- Tumeurs épithéliales :
- * Bénignes
- Adénome monomorphe : Cystadéno-lymphome papillaire (CALP)
- Siège postéro-inférieur de la parotide
- Sialographie, Image ovale de balle dans la main : Image d'encorbellement.
- Echographie ; Tumeur à paroi épaisse plus ou moins nette, à contenu anéchogène avec un renforcement postérieur évoquant une formation liquidienne.

3.7. Traitement : [4]

3.7.1. But :

- Retirer la tumeur ;
- Améliorer l'esthétique faciale ;
- Prévenir les conséquences.

3.7.2. Moyens : Chirurgie et médicamenteux

Actuellement on parle de Parotidectomie totale conservatrice et de sous maxillectomie totale.

- La parotidectomie totale conservatrice.

Comporte plusieurs étapes :

- 1^{er} temps : Installation du Malade
- Malade couché en décubitus dorsal, la tête en position latérale et fixée.
- VOIE D'ABORD.

L'incision utilise soit :

- Voie d'abord (incision) en baionnette de Redon. Avec 3 segments
- Un vertical prétragien
- Un intermédiaire en S italique d'avant en arrière en contournant le lobule.
- Un autre vertical suivant le bord antérieur du sterno-cléido mastoïdien

Son avantage qu'elle expose le plexus cervical qu'on utilise dans les greffes nerveuses.

- VOIE D'ABORD de LOTTE ou la Rhytidectomie de Lotte : Face lifting avec 3 segments.
- Un vertical se prolongeant en avant au niveau de la région temporale.
- Un en S italique prononcé en arrière de l'oreille vers la mastoïde.

Un dernier vertical en avant du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien

- L'avantage de cette voie c'est qu'elle permet le lifting de la peau dans la correction de la paralysie faciale périphérique.
- 2^e temps : vaste décollement cutané.
- 3^e temps : découverte du VII à partir de certains repères qui sont ostéo-cartilagineux et musculaire.
 - Osseux : mastoïde
 - Cartilagineux : Récessus du cartilage tragale) qui pointe sur le nerf facial.
 - Muscles : sterno cléido mastoïdien, diaphragme.

Dissection du VII : Lobectomie superficielle

4^e temps : dissection du lobe profond avec parfois ligature de l'ACE et la VJE.

5^e temps : Exérèse tumorale conservatrice

6^e temps : Fermeture cutanée sur Drain aspiratif de Redon pour éviter les hématomes post-opératoires. Et cela après comblement de cavité résiduelle retro mandibulaire par un lambeau du sterno-cléido-mastoïdien et après un lifting de la peau.

- Surveillance et soins post-opératoires
- Nursing
- Antibiothérapie
- AINS Ou AIS pendant 3 à 4 jours.
- Pansement
- Ablation du drain aspiratif au bout du 3^e, 4^e jours.
- Ablation des fils au bout de 7 jours.

Complications

- Immédiate : Hémorragie post-opératoire
- Secondaire
- Infection

- Paralysie faciale, soit transitoire, soit définitive (> 6 mois)
- Tardives
- Cicatrices inesthétiques (chéloïdes sur peau noire).
- Dépression rétro-mandibulaire dont la correction se fait par comblement par un lambeau du sterno-cléido-mastoïdien.
- Fistules salivaires

Son traitement est la section ou l'arrachement des fibres nerveuse de l'auriculo-temporal.

- Syndrome salivo-sudoripare de FREY.

Composé par une rougeur cutanée (peau blanche) et sudation per-auriculaire de la région auriculo-temporale. La prévention de ce syndrome se fait par l'arrachement du NAT.

3.7.3. Indications :

Tumeurs vierges

- Parotidectomie totale conservatrice par la voie de redon (cutanée)

Sous-Maxillectomie

- Exérèse tumorale totale par voie endobuccale (les tumeurs JUGALES)
- Exérèse tumorale avec sacrifice de la muqueuse et de la plaque palatine.

- **Tumeurs récidivées**

Du fait des difficultés prévisibles pour retrouver le nerf facial on procédera par une dissection par voie rétrograde

- s'aidera du simulateur électrique et du microsop opératoire dans la mesure du possible.
- Parotidectomie à visée carcinologique et d'un curage ganglionnaire si une malignité est suspectée.

- Tumeurs volumineuses

C'est l'incision de rhytidectomie de lotte ou le face lifting qui sera utilisée pour réaliser. La parotidectomie totale.

3.7.4. Résultats :

- Guérison si traitement correct
- Récidives : 12 % des cas selon SIDIBE dans sa thèse, si le traitement incomplet.

PATIENTS ET METHODES

Patients et Méthodes :

4.1. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte rétrospective et prospective de 2020 à 2022.

4.2. Lieu d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU-CNOS de Bamako.

4.3. Population d'étude :

Notre population d'étude était constituée de l'ensemble des patients du service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale du CHU-CNOS.

4.4. Echantillonnage :

24 patients

4.4.1. Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude tout patient présentant un adénome pléomorphe, confirmé par un examen histologique et ayant accepté la prise en charge.

4.4.2. Critères de non inclusion :

Nous n'avons pas inclus dans notre étude, tout patient présentant un adénome pléomorphe, confirmé par un examen histologique, n'ayant pas accepté la prise en charge.

4.4. La collecte des données :

La collecte des données était faite sur une fiche d'enquête.

Un interrogatoire suivi d'un examen clinique et des examens para-cliniques étaient faits.

Les variables étudiées étaient :

- ✓ L'âge
- ✓ Le Sexe
- ✓ La profession
- ✓ L'adresse
- ✓ Le motif de consultation
- ✓ La date d'évolution de la maladie
- ✓ Le traitement préalable
- ✓ Les antécédents médicaux
- ✓ Les antécédents chirurgicaux
- ✓ Les habitudes alimentaires
- ✓ L'état général
- ✓ Le siège de la tuméfaction
- ✓ Les examens complémentaires
- ✓ La méthode chirurgicale
- ✓ L'accident per-opératoire
- ✓ Le type d'anesthésie réalisée
- ✓ Les complications post-opératoires
- ✓ La récurrence

4.6 Considérations éthiques :

Nous avons tenu à la préservation de l'anonymat.

4.7 Conflit d'intérêt :

Aucun

RESULTATS

Nous avons colligé les dossiers de 24 cas sur une période de 3 ans soit une incidence annuelle de 8 cas.

Ces tumeurs ont représenté 1,66% des interventions chirurgicales et 6,36% des cas de tumeurs maxillo-faciales.

5.1. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau I. Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge (en année)	Effectifs	Pourcentage (%)
[0-15]	1	4,2
]15-30]	5	20,8
]30-45]	5	20,8
]45-65]	11	45,8
Plus de 65	2	8,4
Total	24	100,0

La tranche d'âge] 45-65] a été la plus représentée avec 45,8% des cas.

La moyenne était de 3,33. L'écart type était de 1,04.

Tableau III. Répartition des patients en fonction du sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentage (%)
Masculin	16	66,7
Féminin	8	33,3
Total	24	100,0

La majorité de nos patients étaient du sexe masculin soit 66,7% des cas.

Le sex-ratio était de 2.

Tableau III. Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage (%)
Cultivateur	2	8,3
Fonctionnaire	1	4,2
Ménagère	5	20,8
Commerçant	3	12,5
Elève / Etudiant	1	4,2
Chauffeur	3	12,5
Ouvrier	9	37,5
Total	24	100,0

Les ouvriers ont été les plus représentés avec 37,5% des cas.

Tableau IV. Répartition des patients en fonction de la résidence

Résidence	Effectifs	Pourcentage (%)
Bamako	13	54,2
Hors Bamako	11	45,8
Total	24	100,0

La majorité de nos patients résidaient à Bamako soit 54,2% des cas.

5.2. Aspects cliniques

Narration 1. Répartition des patients en fonction du motif de consultation

La tuméfaction était le motif de consultation de tous nos patients soit 100% des cas.

Tableau V. Répartition des patients en fonction de la durée d'évolution

Durée d'évolution (année)	Effectifs	Pourcentage (%)
1	3	12,5
2	8	33,3
4	2	8,3
5	3	12,5
6	3	12,5
8	1	4,2
10	3	12,5
10 et plus	1	4,2
Total	24	100,0

Dans notre population, 33,3% des patients ont consulté après 2 ans d'évolution de la maladie.

Tableau VI. Répartition des patients en fonction du traitement préalable

Traitement préalable	Effectifs	Pourcentage (%)
Conventionnel	5	20,8
Traditionnel	11	45,8
Combinés	8	33,3
Total	24	100,0

Quarante-six pourcent de nos patients avaient entrepris des traitements traditionnels avant l'admission.

Tableau VII : Répartition des patients en fonction des antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectifs	Pourcentage (%)
HTA	5	20,8
Diabète	1	4,2
Aucun	18	75,0
Total	24	100,0

La majorité de nos patients n'avaient pas d'antécédents médicaux soit 75,00% des cas.

Tableau VIII. Répartition des patients en fonction des antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage (%)
Parotidectomie	2	8,3
Aucun	22	91,7
Total	24	100,0

La majorité de nos patients n'avaient pas d'antécédents chirurgicaux soit 91,7% des cas.

Tableau IX. Répartition des patients en fonction des habitudes alimentaires

Habitudes alimentaires	Effectifs	Pourcentage (%)
Tabac	7	29,2
Alcool	1	4,2
Café	1	4,2
Aucun	15	62,5
Total	24	100,0

La majorité de nos patients n'avaient d'habitudes alimentaires particulières soit 62,5% des cas.

Tableau IV. Répartition des patients en fonction du siège de la tuméfaction

Siège de la tuméfaction	Effectifs	Pourcentage (%)
Palais	3	12,5
Parotide	13	54,2
Glande submandibulaire	7	29,1
Sublinguale	1	4,2
Total	24	100,0

La parotide était le siège le plus concerné soit 54,2% des cas.

Tableau XI. Répartition des patients en fonction d'examens paracliniques

Examens paracliniques	Effectifs	Pourcentage (%)
TDM MF	17	70,8
Echographie	7	29,2
Total	24	100,0

La majorité de nos patients a bénéficié la TDM MF soit 70% des cas.

5.3. Aspects thérapeutiques

Tableau XII. Répartition des patients en fonction de la méthode chirurgicale

Méthode chirurgicale	Effectifs	Pourcentage (%)
Parotidectomie totale	02	08,3
Parotidectomie superficielle	11	45,8
Submandibulectomie	7	29,2
Exérèse tumorale	3	12,5
Sublingualectomie	1	4,2
Total	24	100,0

La parotidectomie superficielle a été réalisée dans 45,8% des cas.

Tableau XIII. Répartition des patients en fonction de l'accident per-opératoire

Accident per-opératoire	Effectifs	Pourcentage (%)
Atteintes nerveuses	2	8,3
Saignement	4	16,6
Aucun	22	75,1
Total	24	100,0

La majorité de nos patients n'ont pas eu d'accident en per-opératoire soit 75,1% des cas.

Narration 2. Répartition des patients en fonction du type d'anesthésie réalisé

Tous nos patients ont été pris en charge sous anesthésie générale soit 100% des cas.

Tableau XIV. Répartition des patients en fonction des complications post-opératoires

Complications post-opératoires	Effectifs	Pourcentage (%)
Aucune	19	79,2
Paralysie faciale transitoire	2	8,3
Douleur	2	8,3
Surinfection	1	4,2
Total	24	100,0

La majorité de nos patients n'avaient pas fait de complications soit 79,2% des cas.

Narration 3. Répartition des patients en fonction de la récurrence

Il n'y a aucun cas de récurrence constaté pour le moment.

DISCUSSION

Méthodes

Limites : Certains dossiers de malades étaient mal renseignés, inaccessibilité de certains de nos malades.

Avantages : cette étude a été menée dans une grande discrétion, peu coûteuse, peut jeter des bases solides pour toute étude portant sur le même problème à l'avenir.

Inconvénients : peuvent agir comme des obstacles, entravant une expérience de collecte de données transparente.

6.1. Epidémiologie :

Les tumeurs des glandes salivaires sont rares. Elles représentent moins de 4% de l'ensemble des tumeurs de la tête et du cou. Dans notre étude les tumeurs maxillo-faciales ont représenté 6,36% des cas. Ce qui est relativement supérieur au taux de la littérature [1].

L'adénome pléomorphe, ou tumeur mixte des glandes salivaires, représente 40 à 70 % de toutes les tumeurs salivaires [9, 10, 11]. Il se développe essentiellement au niveau de la parotide [9, 12]. Dans notre série, il était de siège parotidien dans 54,2 % des cas. Les localisations extra-parotidiennes représentaient 45,8% des cas. Elles étaient réparties entre la glande submandibulaire dans 29,2% des cas, la sous-linguale dans 4,2% et les glandes salivaires accessoires dans 12,5% des cas.

Ces données sont comparables à celles de la littérature qui montrent qu'en dehors de la glande parotide, la glande submandibulaire est le siège le plus fréquent des adénomes pléomorphes, suivi des glandes salivaires accessoires [9, 11].

Le palais renferme la plus grande concentration des glandes salivaires accessoires contenues dans le tractus aéro-digestif supérieur [10, 13].

Il est de ce fait le site le plus commun d'adénome pléomorphe des glandes salivaires accessoires, suivi de la lèvre supérieure, de la joue, du plancher buccal, du larynx et de la trachée [14, 15]. Dans notre série, les tumeurs à développement intra-oral siégeaient uniquement au niveau du palais.

D'autres localisations plus rares d'adénome pléomorphe des glandes salivaires accessoires ont été rapportées dans la littérature comme la lèvre supérieure, le septum nasal, le vestibule narinaire, le conduit auditif externe, la base de la langue, l'épiglotte, et l'espace parapharyngé [16,12,17,18].

L'âge moyen de découverte des adénomes pléomorphes rapporté dans la littérature varie entre 36 et 47 ans [9, 11].

Dans notre série, il était entre 45 et 65 ans. Car nos patients nous avaient consulté tardivement. Plusieurs études font état d'une prédominance féminine que nous avons retrouvé le contraire dans notre étude [10, 19]. Dans notre série d'études les hommes étaient représentés dans 66,7% contre 33,3% pour les femmes.

6.2. Clinique :

Quel que soit son siège, l'adénome pléomorphe évolue habituellement selon un mode très lent et paucisymptomatique ; il est souvent découvert après quelques années d'évolution, sous la forme d'une tuméfaction isolée de la région intéressée [9,14, 20]. Dans notre série d'étude, la découverte a été faite après 2 années d'évolution dans 33,3% des cas. Tuméfaction isolée dans 100% des cas.

6.3. Traitement :

Le traitement de l'adénome pléomorphe est chirurgical quel que soit sa localisation. L'exérèse peut se faire sous anesthésie locale ou générale [14, 24, 20]. La parotidectomie totale ou superficielle reste l'indication de choix pour les tumeurs parotidiennes [1]. La parotidectomie totale doit être réalisée devant

toute tumeur parotidienne lors que l'examen extemporané n'est pas possible.

Dans notre série d'étude la parotidectomie superficielle a été chez 45,8% de nos patients alors que notre service ne dispose pas d'examen extemporané. La submandibulectomie sous anesthésie générale est indiquée pour les tumeurs de la glande submandibulaire.

Si les voies d'abord conventionnelles restent largement utilisées, Guerrissi et Taborda ont rapporté deux submandibulectomies endoscopiques par voie endorale [25].

Les tumeurs du palais doivent bénéficier d'une exérèse complète par voie endorale [10, 15]. Les tumeurs à localisation para-pharyngée peuvent être opérées par voies endorale, cervicale ou mixte [26, 5]. Quelle que soit la voie d'abord adoptée, l'exérèse de la tumeur doit se faire en totalité en évitant la rupture capsulaire qui est source de récurrence [18, 22, 27]. Tous nos patients ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale sous anesthésie générale.

6.4. Evolution et pronostic :

Sur le plan anatomo-pathologique, l'adénome pléomorphe des glandes salivaires accessoires est connu par l'importance de la cellularité avec peu d'éléments mésenchymateux [24, 28]. La tumeur est généralement entourée d'une capsule fine ou incomplète expliquant les récurrences tumorales [16, 29]. Ces récurrences sont décrites dans 2 % des cas après chirurgie réglée et dans plus de 20 % des cas après énucléation ; elles imposent donc de proscrire formellement toute énucléation ou chirurgie partielle en matière d'adénome pléomorphe [9, 28, 29]. Dans notre série, on n'a pas noté de récurrence ni de transformation maligne, nous avons opéré 2 cas pour récurrence. Celle-ci est de 9,1% dans l'étude menée par Oueslati [9]. Elle peut être synchrone ou survenir sur des récurrences, ce qui impose une surveillance prolongée des patients opérés [19, 27].

CONCLUSION

L'adénome pléomorphe est la tumeur la plus fréquente des glandes salivaires avec une prédilection pour la parotide.

Ses localisations extra-parotidiennes sont dominées par la glande submandibulaire et les glandes salivaires accessoires du palais et des lèvres.

Chaque localisation est distincte par ses particularités cliniques, par les moyens de diagnostic et par la prise en charge chirurgicale.

L'examen histologique permet de confirmer son diagnostic.

Une chirurgie réglée permet de réduire considérablement les récurrences.

RECOMMANDATIONS

1. A la communauté :

- Consulter précocement devant toute tuméfaction maxillo-faciale ;
- Eviter l'auto-médication et les traitements traditionnels sur les tuméfactions maxillo-faciales.

2. Aux agents de santé (Médecins généralistes, Chirurgiens-dentistes, Assistants médicaux, Infirmiers d'état, Techniciens de Santé et Aides-soignants) :

Référer chez le Chirurgien Maxillo-facial tout cas de tuméfactions maxillo-faciales.

3. Aux autorités :

- Equiper en matériels adéquats et suffisants les services de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale.
- Mener des campagnes de sensibilisation sur les pathologies maxillofaciales.

REFERENCES

1. LA Lawson D Atigossou S Medji J'ose Je Bio-Tchane E. Kpemissi KS Amaglo, journal de la recherche scientifique de l'université de Lomé, 2013, 15(3).
2. Passi D., Ram H., Dutta S., Malkunje L. R. Pleomorphic Adenoma of Soft Palate: Unusual Occurrence of the Major Tumor in Minor Salivary Gland - A Case Report and Literature Review. Journal of Maxillofacial and Oral Surgery. 2017;16, (4):500-505.
3. Quer M, Guntinas-Lichius O, Marchal F, et al. Classification of parotidectomies : a proposal of the European Salivary Gland Society. Eur Arch Otorhinolaryngol 2016 ; 273(10) : 3307-12.
4. Bonfils P. Tumeurs des glandes salivaires. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie 2007, 20-628-B-10.
5. Devoize L, Dallel R. Salivation [en ligne]. EMC (Elsevier Masson SAS) Médecine buccale. 2010;28-150.
6. Gehanno P, Guerrier B, Pessey J, Zanaret M. Rapport sur les tumeurs parotidiennes, Paris 2003. 18).
7. Anatomie des glandes salivaires principales (D'après Henry Gray 1821-1865. Anatomy of the Human Body 1918).
8. Oueslati Z, Naji R et al. Adénome pleomorphe de la glande submandibulaire. J Tun ORL 2003 ; 11 : 19-22.
9. Lowry TR, Heichel DJ. Pleomorphic adenoma of the hard palate. Otolaryngol Head Neck Surg 2004; 131:793.
10. Alves FA, Perez DE, Lopes MA, Kowalski LP. Pleomorphic adenoma of the submandibular gland. Clinicopathological and immunohistochemical features of 60 cases in Brazil. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2002; 128:1400-3.
11. Baek BJ, Bae CH, Kang EG, Cho HD. Pleomorphic adenoma of the nasal vestibule. Otolaryngol Head Neck Surg 2009 ;141 :535-6.

12. Beckhardt RN, Weber RS, Zane R, et al. Minor salivary gland tumors of the palate: clinical and pathologic correlates of outcome. *Laryngoscope* 1995;105(11):1155-60
13. Simon M. et al. Pleomorphic adenoma of a molar salivary gland. *Oral Oncology extra* 2005; 42: 170-2.
14. Lomeo P, Finneman J. Pleomorphic adenoma of the soft palate. *Otolaryngol Head neck Surg* 2001;125:122.
15. Maamouri M, B Hamouda R. et al. Adénome pléomorphe du septum nasal a propos d'un cas. *J Tun ORL* 2008 ; 21 :68-72.
16. Kumagai M, Endo S, Koizumi F, Kida A, Yamoto M. A case of pleomorphic adenoma of the nasal septum. *Auris Nasus Larynx* 2004; 31:439-42.
17. Ruis-Laza L, Infante-Cossio P, Garcia-Perla A, Hernandez-Guisalo JM,
18. Gutierrez-Perez JL. Giant pleomorphic adenoma in the parapharyngeal space: report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64: 519-23.
19. Cwalina P, Skorek A, Narozny W, Stankiewicz C. Pleomorphic adenoma of minor salivary glands. *Otolaryngol Pol* 2002;56:737-40.
20. Morita N, Miyata K, Sakamoto T, Wada T. Pleomorphic adenoma in the parapharyngeal space. *J Oral Maxillofac Surg* 1995; 53:605-10.
21. El Kohen A, Essakali L. et al. Adénome pléomorphe de la base de la langue. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2007 ; 108 :215-17.
22. Guerrissi JO, Taborda G. Endoscopic excision of the submandibular gland by an intraoral approach. *J Craniofac Surg* 2001;12:299-303.
23. Abdoulaye dit Modibo GANABA, Adénomes pléomorphes à localisation extra-parotidienne à propos de deux cas Mémoire de DES, FMOS, 2021.
24. Ayoub OM, Bhatia K, Mal RK. Pleomorphic adenoma of the parotid gland: is long term follow-up needed? *Auris Nasus Larynx* 2002;29:283-5.

25. Lopes MA, Kowalski LP, Santos GC, Almeida OP. A clinicopathologic study of 196 intraoral salivary gland tumors. *J Oral Pathol Med* 1999; 28: 264-7.
26. Bentz BG, Hughes CA, Ludemann JP, Maddalozzo J. Masses of the salivary gland region in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 126: 1435-9.

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DIAKITE

Prénoms : Famakan

Nationalité : Malienne

Contact : +223.79.08.66.21

Email: famakan.diakite80@gmail.com

Ville: Bamako

Année académique : 2021-2022

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie ; Bibliothèque du CHU-CNOS

Titre : Adénomes pléomorphes : Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques au centre national d'odonto-stomatologie professeur Hamady TRAORE

Secteur d'intérêt : Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale



RÉSUMÉ

Introduction :

Les tumeurs des glandes salivaires représentent moins de 4% de l'ensemble des tumeurs de la tête et du cou. L'adénome pléomorphe est le plus fréquent et représente 70% des cas.

Objectif :

Etudier les aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique des adénomes polymorphes.

Patients et Méthodes :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive réalisée dans le service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale du CHU-CNOS de Bamako de 2020 à 2022. Était inclus dans cette étude, tout patient présentant un adénome pléomorphe.

Résultats :

L'échantillon était composé de 24 cas dont 66,7% de sexe masculin (sex-ratio=2). La tranche d'âge]45-65] a été la plus représentée avec 45,8% des cas. Quarante-six pourcent de nos patients avaient entrepris des traitements traditionnels avant l'admission. La tuméfaction était le motif de consultation de tous nos patients. La parotide était le siège le plus concerné soit 54,2% des cas. La majorité de nos patients a bénéficié la TDM MF. La parotidectomie superficielle conservatrice a été réalisée dans 45,8% des cas. La paralysie faciale a été retrouvée dans 8,3% des cas.

Conclusion :

L'adénome pléomorphe est la tumeur la plus fréquente des glandes salivaires avec une prédilection pour la parotide.

Mots clés : Adénomes pléomorphes, glandes salivaires, parotide, Bamako.

ICONOGRAPHIE

1. Adénomes pléomorphes de la glande parotidienne :



Figure 3: Vue de face avant chirurgie

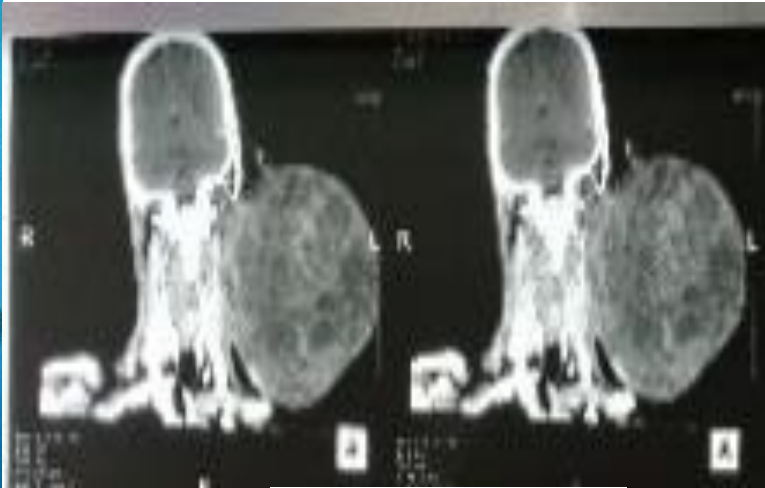


Figure 4 : Aspect TDM Coupe coronale



Figure 5 : Vue de profil post-chirurgical

Figure 6 : Vue de face post-chirurgical

Source : Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale du Centre National d'Odonto-Stomatologie Professeur Hamady TRAORE



Figure 9 : Vue de profil



Figure 10 : Coupe axiale



Figure 11 : Image peropératoire



Figure 7 : Pièce opératoire



Figure 8 : aspect post-opératoire après greffe de peau

Source : Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale du Centre National d'Odonto-Stomatologie Professeur Hamady TRAORE



Figure 12 : Vue de profil

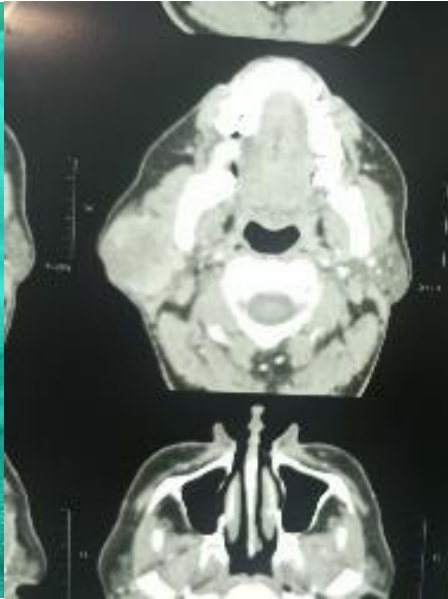


Figure 13 : Coupe coronale



Figure 14 : Pièce en per-opératoire



Figure 15 : Plaie opératoire

Source : Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale du Centre National d'Odonto-Stomatologie Professeur Hamady TRAORE

2. Adénome pléomorphe de la glande sous-mandibulaire



Figure 16 : Vue de profil

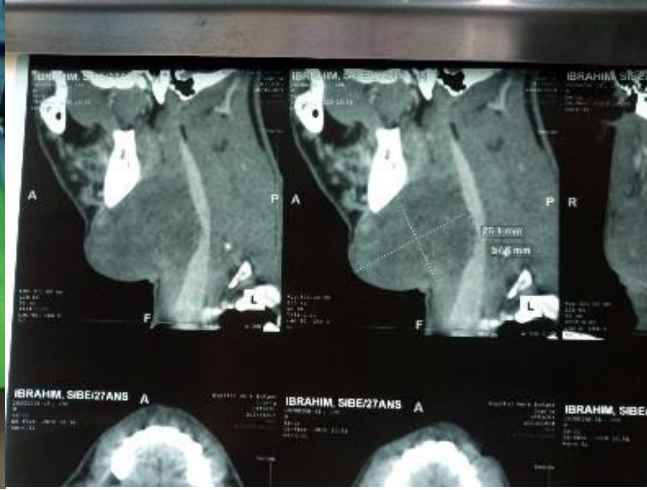


Figure 17 : Coupe sagittale



Figure 18 : Plaie opératoire



Figure 19 : Pièce opératoire

Source : Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale du Centre National d'Odonto-Stomatologie Professeur Hamady TRAORE

3. Adénomes pléomorphes du palais :



Figure 20 : Vue de face



**Figure 21 : Vue de face avec
bouche ouverte**



**Figure 22 : Aspect TDM, Coupe
frontale**



**Figure 23 : Pièce
opératoire**



Figure 24 : Plaie opératoire

Source : Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale du Centre National d'Odonto-Stomatologie Professeur Hamady TRAORE



Figure 25 : Vue de face

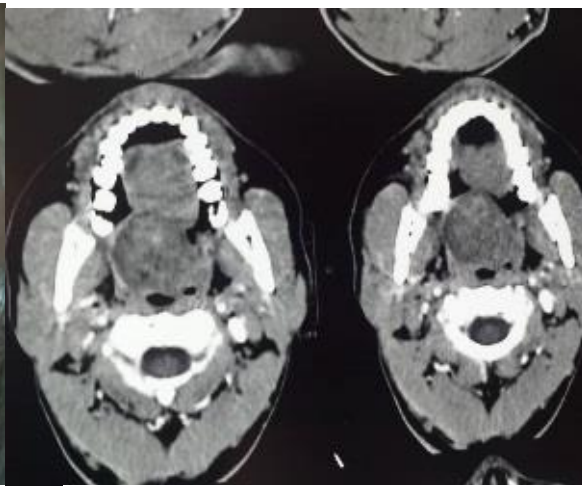


Figure 26 : aspect TDM, Coupe coronale



Figure 27 : Vue de face



Figure 28 : Plaie en peropératoire



Figure 29 : Plaie opératoire fermée



Figure 30 : Pièce opératoire décapsulée



Figure 31 : Plaie opératoire 3 jours après l'opération

Source : Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale du d'Odonto-Stomatologie Professeur Hamady TRAORE

4. Adénome pléomorphe de la glande sous-linguale :



Figure 32 : Vue de face

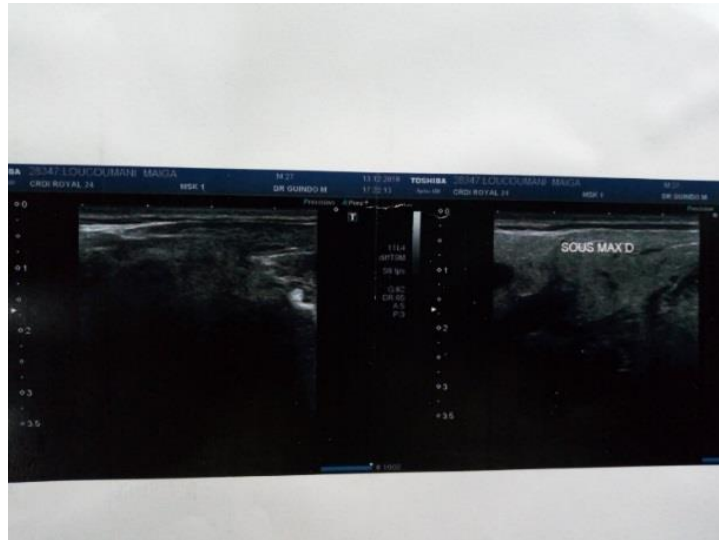


Figure 33 : Image échographique de la glande sous-linguale

Source : Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale du Centre National d'Odonto-Stomatologie Professeur Hamady TRAORE

FICHE D'ENQUETE

Q1 Numéro du dossier :.....

Q2 Numéro anonyme.....

Q3 Age:

Q4 Sexe :.....

- a) Féminin
- b) Masculin

Q5 Résidence :

- a) Bamako
- b) Hors Bamako

Q6 Profession :.....

Q7 Motifs de consultation :

- a) tuméfaction /___/
- b) douleur /___/
- c) paralysie faciale /___/

Q8 Durée d'évolution de la maladie : /___/

Q9 Traitement préalable.....

Q10 Antécédents médicaux :.....

Q11 Antécédents Chirurgicaux :.....

Q12 Habitude alimentaire :

- a) Tabac
- b) Alcool
- f) Néant

Q13 Etat général

Q14 Siège de la tuméfaction.....

Q15. Examens complémentaires :

- a) Echographie
- b) TDM

Q16 Méthode chirurgicale.....

Q17 Accident peropératoire.....

Q18 Type d'anesthésie utilisée :

- a) Anesthésie locale
- b) Anesthésie loco-régionale
- c) Anesthésie générale

Q19 complications post-opératoires :.....

Q20 Récidive : a) Non /___/ b) Oui /___/