



**UNIVERSITE DE BAMAKO**  
**Faculté de Médecine de**  
**Pharmacie et d'Odonto-stoma**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2010-2011

N° /...../

**TITRE**

***TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES:***  
***ETUDE ANATOMOCLINIQUE SUR 19 CAS COLLIGES A L'INRSP DE***  
***BAMAKO.MALI.***

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le ... /.../ 2011 devant  
La faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

*Par*

**Mr. YAYA.TIEMOKOBA.TRAORE**

Pour obtenir le grade de *Docteur en Médecine* (DIPLÔME D'ETAT)

**JURY**

**Président : Pr. Alhousseini AG MOHAMED**

**Membres: Pr. Cheick. B. TRAORE**

**Dr. Hamady. TRAORE**

**Directeur de thèse: Pr. Mohamed. KEITA**

## **DEDICACE**

**A Dieu Le Tout-Puissant**, Le Très Miséricordieux, Roi des hommes, Omniscient et Omnipotent,

Qui, par Sa Grâce et Sa Majesté, m'a soutenu tout au long de mon cursus scolaire et universitaire;

**A mon père feu Tiémokoba TRAORE dit Mamadou.**

Que le destin éloigna sur une autre terre africaine qu'il servit dignement pendant trente-deux ans comme cheminot, mais qui aimait passionnément sa terre ancestrale dont il sut nous transmettre les valeurs de fraternité, de sens de la famille, de justice, de paix, de liberté, d'égalité sans discrimination, de travail bien fait, de respect de la dignité humaine, de partage et d'amour ;

**A ma mère feu Minian Fatoumata KONATE.**

Epouse fidèle et dévouée, mère intransigeante et généreuse qui, malgré les contingences de la vie, s'acquitta de ses devoirs d'épouse avec courage, sérénité et altruisme ;

**Je vous dédie le présent travail, en témoignage d'une reconnaissance et d'un amour inébranlables.**

Que le nom de Dieu soit dit dans les siècles des siècles !

Que l'âme de mes parents repose en paix !

**A notre marâtre Madiarra KONE.**

Mes sincères remerciements et reconnaissances pour tout.

Merci pour ton soutien inestimable.

**A mes frères et sœurs.**

En témoignage de l'affection qui nous a toujours uni sous le toit paternel, je voudrais que vous trouviez dans ce travail le fruit des efforts que vous avez consentis à mon égard. Que le tout puissant préserve et renforce notre affection fraternelle.

**A mes femmes Kadiatou Ly et Tari Bocoum.**

Votre sens de respect du prochain, votre modestie, votre sagesse, votre honnêteté, bref la bonté de vos cœurs fait de vous les meilleures épouses qui existent sur terre.

**A mes neveux et nièces.**

Vous êtes le plus beau cadeau que Dieu m'a offert.

Acceptez ce travail en témoignage de mon affection pour vous. Que Dieu vous donne santé, succès, longévité dans tous vos projets.

**REMERCIEMENTS**

A tout le corps professoral de la FMPOS.

A tous mes maîtres, de la maternelle à la faculté.

A tous les étudiants de la FMPOS.

A tout le personnel de la bibliothèque de la FMPOS.

Vos expériences et conseils dont j'ai bénéficié m'ont facilité la pratique de ce métier. Puisse Dieu vous accorder une longue vie. Amen !

**A tout le personnel du service d'anatomie pathologique du CHU-Point G et du service ORL du CHU-Gabriel Touré.**

**A mes amis (es) et leurs familles, copains, camarades de promotion :**

Je n'oublierai jamais les moments partagés, les conseils prodigués et le soutien sans réserve à chaque fois que besoin se faisait sentir. Recevez ici mes sincères gratitude et qu'ALLAH renforce notre union.

**A mes cousins et cousines.**

Merci aux uns, bonne chance et courage aux autres!

**A tous ceux qui me connaissent, qui me sont chers**, et que je n'ai pas pu nommer ici car vous êtes si nombreux, de même à tous ceux qui de près ou de loin ont participé à la réalisation de ce travail, avec qui j'ai partagé des moments de joie et de peine, MERCI à tous du fond du cœur.

*HOMMAGES  
AUX  
MEMBRES DU  
JURY*

*A notre Maître et Président du jury*  
*Professeur ALHOUSSEÏNI AG MOHAMED*

**Professeur titulaire Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale,  
Chef du service d'Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du  
CHU de Gabriel Touré,  
Ancien Président de l'ordre national des médecins du Mali,  
Président de la société Malienne d'ORL et de chirurgie cervico-faciale,  
Membre fondateur de la société d'ORL d'Afrique et de la société  
panafricaine d'ORL,  
Ancien membre du conseil économique, social et culturel (CESC),  
Président du Comité Médical d'Etablissement du CHU de Gabriel Touré.  
Chevalier de l'ordre national du Mali,  
Chevalier de l'ordre national du Sénégal,  
Ancien 2<sup>ème</sup> Assesseur de la Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odonto-  
stomatologie,  
Actuel Directeur Général de l'institut national de formation en sciences de  
santé (INFSS).**

Cher Maître,

Merci d'avoir accepté malgré vos nombreuses occupations de présider le jury de ce travail.

Homme de science réputé et admiré par tous, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre qualité de pédagogue et votre grande disponibilité.

Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fiers d'être un de vos élèves.

Nous vous prions, cher Maître de bien vouloir trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.

*A notre Maître et Juge*

*Dr Hamady Traoré*

**Maître assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS),**

**Spécialiste en Odontostomatologie et Chirurgie maxillo-faciale.**

Cher Maître,

Nous avons été touché par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de participer à l'amélioration de ce travail. Votre dynamisme, vos qualités scientifiques et humaines font de vous un exemple à suivre.

Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude.

*A notre Maître et Co-directeur de thèse*

*Professeur Cheick TRAORÉ*

**Maître de conférences en Anatomie Pathologique à la Faculté de Médecine  
de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS),  
Chercheur et praticien hospitalier du CHU du Point G,  
Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus au Mali,**

Cher Maître,

Merci d'avoir aidé à l'élaboration de ce travail, vous avez toujours fait de ce travail une préoccupation personnelle. L'ambiance détendue qui est née au cours de ce travail témoigne de votre gentillesse et simplicité. A vos côtés, nous avons appris beaucoup de choses.

Recevez ici cher Maître l'expression de notre attachement et surtout de notre profonde reconnaissance.

*A notre Maître et Directeur de thèse*

*Pr Mohamed Keita*

**Maître de conférences des universités du Mali.**

**Spécialiste en Oto-rhino-laryngologie dans le service ORL du Professeur  
A. AG MOHAMED CHU-Gabriel Touré.**

**Titulaire du Diplôme interuniversitaire de pédagogie médicale et du  
Master recherche en pédagogie médicale,**

Cher Maître,

En nous confiant ce travail transversal vous nous avez signifié votre confiance.

Nous vous en remercions infiniment.

Recevez à travers ce travail cher Maître l'expression de notre indéfectible  
attachement et surtout de notre profonde gratitude.



## **PREAMBULE:**

Les tumeurs des glandes salivaires (TGS) sont relativement rares. Elles représentent 3 à 4% de l'ensemble des tumeurs O.R.L et cervico-faciales [1].

Elles se développent essentiellement au niveau des glandes salivaires principales : parotides (80%), sous maxillaires (10%), sublinguales (1%) et au niveau des glandes salivaires accessoires bucco-pharyngées (9%). Environ 80% des tumeurs de la parotide sont bénignes, alors que 50% de celles survenant dans les autres glandes salivaires sont malignes [1].

Aucun facteur étiologique évident n'a jusqu'à ce jour pu être identifié.

Certaines études révèlent une incidence plus élevée dans certains groupes d'ethnies au Groenland, chez les Esquimaux [2] en Ecosse, et en Israël chez les immigrants venus de l'Ouest [3]. Une irradiation locorégionale préalable pourrait favoriser l'apparition d'une tumeur maligne des glandes salivaires, une vingtaine d'années après l'irradiation. Certains éléments cliniques (les 3 glandes salivaires principales sont accessibles à la palpation et à l'examen clinique), topographiques, macroscopiques ont une valeur d'orientation diagnostique.

L'imagerie est utile pour le bilan de l'extension locorégionale.

Le diagnostic histologique de la tumeur des glandes salivaires repose essentiellement sur l'examen histologique de la pièce chirurgicale ; la cytoponction n'ayant pas fait la preuve de sa fiabilité et la biopsie simple étant refusée par la plupart des auteurs [4].

Les données épidémiologiques sont très variables selon les études [5].

Les tumeurs des glandes salivaires ont été largement décrites tant en Europe, en Amérique, qu'en Afrique et en Asie.

En Amérique du sud, précisément au service O.R.L de la clinique universitaire de Santiago (Chili), une étude épidémiologique faite sur les tumeurs des glandes salivaires recueillant 80 cas diagnostiqués pendant 17 ans montre que les

tumeurs localisées dans les glandes forment le groupe le plus varié de toute la pathologie oncologique humaine [6].

En France sur 116 cas recensés, C.BROCHERIOU, P.LAUDENBACH et al. [7] en ont trouvé 55% contre 20% pour les glandes accessoires.

En Afrique, particulièrement dans un CHU tunisien une étude portant sur le profil épidémiologique des tumeurs des glandes salivaires a concerné 76 hommes et 80 femmes dont l'âge moyen était de 43 ans, a donné les résultats suivants : 60% des tumeurs étaient parotidiennes, 16% submandibulaire, 24% au niveau des glandes salivaires accessoires. Quatre vingt quatre pour cent des tumeurs parotidiennes étaient bénignes [5].

Au Mali, Diombana ML en 1996 en étudiant la fréquence des pathologies des glandes salivaires relève 60 cas de tumeurs salivaires sur 10 ans dont 33,33% des carcinomes [8].

Au Mali, il existe peu d'études concernant les tumeurs des glandes salivaires, contrairement à ce qui a été entrepris dans certains pays de la sous région comme le Sénégal [9,10].

## **OBJECTIFS:**

### **OBJECTIF GENERAL :**

Décrire les aspects épidémiocliniques et anatomopathologiques des tumeurs des glandes salivaires.

### **OBJECTIFS SPECIFIQUES :**

- Décrire les aspects socio-démographiques des patients atteints de tumeurs des glandes salivaires.
- Déterminer la topographie et les différents types histologiques des tumeurs des glandes salivaires.
- Déterminer les relations entre les aspects socio-démographiques et les différents types histologiques des tumeurs des glandes salivaires.

## **I. RAPPELS SUR LES GLANDES SALIVAIRES:**

La classification anatomopathologique des tumeurs salivaires rend compte de leur grand polymorphisme.

Les faits cliniques sont néanmoins simples. Si l'on évoque ne serait-ce qu'une « tumeur salivaire » en présence d'un nodule qui siège là où existe le tissu salivaire, bien des aberrations seront évitées. Leur localisation préférentielle est parotidienne.

A ce niveau, l'importance de l'enjeu diagnostique et thérapeutique est très évidente. Une erreur dans l'approche diagnostique ou une indication chirurgicale portée en dehors du cadre strict d'une parotidectomie réglée est d'autant blâmable que la guérison est acquise dans une forte majorité de cas, lorsque le traitement est scrupuleusement exécuté, en temps voulu.

Plus rares, les tumeurs de la glande sous maxillaire, de diagnostic plus subtil, et celles des glandes salivaires accessoires observées en toutes zones de la cavité buccale partagent les mêmes impératifs diagnostiques et thérapeutiques [11].

L'incidence des tumeurs des glandes salivaires est faible, inférieure à 1/100.000, sans disparité géographique notable. Peu fréquentes, elles représentent un peu moins de 5% des tumeurs de la tête et du cou.

Etant donné que la parotide soit la localisation la plus fréquente des tumeurs des glandes salivaires principales, le palais est le site le plus fréquent des tumeurs des glandes salivaires accessoires. La glande sublinguale est exceptionnellement en cause [12].

Les TGS exigent des démarches diagnostiques et thérapeutiques rigoureuses car la plupart de ces tumeurs est curable définitivement lorsqu'elles sont traitées en temps voulu et si besoin selon un protocole carcinologique, leur pronostic est compromis par l'expectative ou des interventions partielles.

L'aspect quiescent d'un grand nombre de ces tumeurs ne doit en effet jamais faire écarter à priori l'arrière pensée d'une malignité histologique [13].

## **1. RAPPELS ANATOMIQUES :**

On distingue deux types de glandes salivaires : les GSP et les GSA [14].

### **1.1. Les glandes salivaires principales :**

Les glandes salivaires principales sont représentées par trois paires de glandes principales : Les glandes parotides, sous-maxillaires et sublinguales.

#### **La glande parotide :**

Elle est située en arrière du ramus mandibulaire sous le méat acoustique externe et représente la partie superficielle de l'espace pré-stylien. Elle se draine par le conduit parotidien (canal de Sténon) qui s'abouche au niveau du vestibule buccal supérieur en regard de la deuxième molaire supérieure. Elle a la particularité d'être **traversée par le nerf facial qui l'aborde à son pôle postéro-supérieur et qui s'y ramifie en ses branches terminales.** Chirurgicalement cette glande présente un lobe superficiel en dehors du nerf facial et un lobe profond présentant un prolongement à direction péri-pharyngée.

#### **La glande sous maxillaire :**

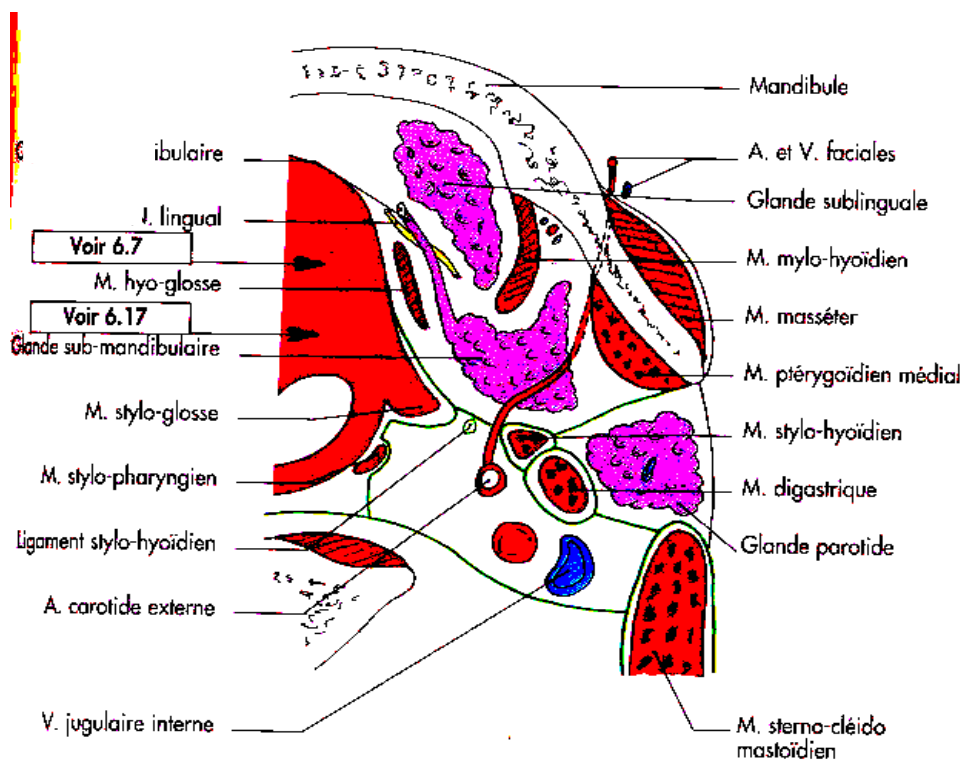
C'est une glande ovale de 2,5/1,5 cm située en dessous et en avant de l'angle mandibulaire dans la région supra-hyoïdienne. Elle se dispose dans une loge submandibulaire en dedans du corps mandibulaire et du fascia cervical superficiel, en dehors du mylo-hyoïdien et du muscle hyoglosse. Elle est drainée dans le plancher buccal de chaque côté du frein de la langue par le conduit submandibulaire (canal de Wharton) s'ouvrant au niveau de l'éminence sublinguale. Elle est croisée en superficie par le rameau mentonnier du nerf facial. Elle recouvre en dedans le nerf hypoglosse, nerf moteur de la langue et le nerf lingual au dessus du précédent et qui croise le conduit submandibulaire dans le plancher buccal. Ces trois éléments nerveux doivent être strictement respectés lors de l'abord et de l'ablation de la glande. De plus dans sa loge se situe l'artère faciale qui décrit autour du pôle postéro-supérieur de la glande une boucle artérielle.

## La glande sublinguale :

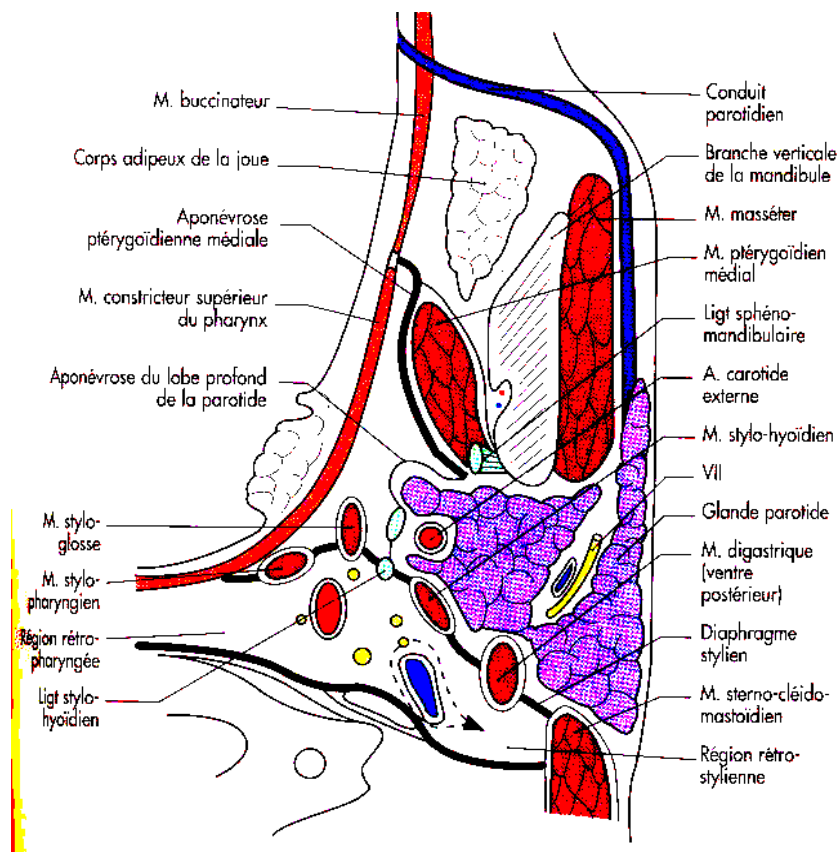
Elle est située dans le plancher buccal sous la langue allongée d'avant en arrière et soulevant la muqueuse de l'éminence sublinguale. Elle se draine dans le plancher buccal par de nombreux orifices canaux. Cette glande peut s'assimiler à un regroupement d'amas glandulaires accessoires qui n'ont pas développé un système excréteur unique.

## 1.2. Les glandes salivaires accessoires :

Sont très nombreuses de 1 à 2 mm de diamètre et se drainent dans la muqueuse par des orifices microscopiques. Elles sont surtout nombreuses à la face interne de la lèvre inférieure, à la face interne de la joue, autour du conduit parotidien et dans la muqueuse du voile du palais.



**Figure 1 :** Vue des régions submandibulaire, sublinguale et parotidienne sur une coupe axiale. (In Bonfils P, Chevallier J.M Anatomie, T3 ORL Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 1998,402p).



**Figure 2 : vue de la région parotidienne sur une coupe horizontale passant par C2 et la région tonsillaire**

(In Bonfils P, Chevallier J.M Anatomie, T3 ORL Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 1998,402p)

## 2. RAPPELS PHYSIOLOGIQUES :

L'ensemble des glandes salivaires entretient en permanence l'humidité normale de la cavité buccale, un litre et demi de salive est sécrété et excrété par jour.

La sécrétion est commandée de façon complexe par le système sympathique et parasympathique : cela par l'intermédiaire du nerf intermédiaire via la corde du tympan, puis le nerf lingual. Le système parasympathique innerve les glandes sous-maxillaires et sublinguales. Ces fibres viennent du noyau salivaire supérieur. D'autre part les fibres venant du noyau salivaire inférieur transitent par le nerf glosso-pharyngien et vont alors rejoindre le ganglion otique et s'incorporer au nerf auriculo temporal pour innerver la glande parotide.

Le système orthosympathique lui, à partir des ganglions cervicaux supérieurs, se destine par des plexus péri artériels à l'ensemble des 3 glandes salivaires. Les stimuli de la sécrétion sont avant tout sensoriels gustatifs mais également sensitifs, mécaniques et psychiques [15].

La salive possède quatre (4) **fonctions distinctes : digestive, protectrice, excrétrice et endocrinienne.**

La salive facilite la formation du bol alimentaire ainsi que la déglutition grâce aux substances lubrifiantes mucilagineuses qu'elle contient.

Elle joue également un rôle dans la gustation en solubilisant les substances sapides, étape indispensable à leur fixation sur les récepteurs gustatifs situés dans les bourgeons du goût.

La fonction digestive proprement dite est assurée par l'amylase sécrétée par les glandes parotides et sous-maxillaires, et par les protéases et lipases sécrétées principalement par les glandes linguales séreuses.

La salive assure également la protection de la muqueuse buccale et des dents. En particulier, les mucines salivaires résistantes à la dégradation protéolytique, protègent la muqueuse buccale contre le dessèchement, les substances toxiques et irritantes présentes dans les aliments et les enzymes bactériennes.



La salive assure également la lubrification des muqueuses, indispensable aux fonctions de déglutition et de phonation [16].

Les peroxydases complètent l'action des mucines grâce à leur pouvoir antibactérien.

L'EGF (l'épithélial growth factor) salivaire renforce le potentiel de cicatrisation des tissus muqueux. Quant à la protection des dents, elle résulte de l'influence de la salive sur les phénomènes de minéralisation de l'émail:

D'une part, la salive inhibe les phénomènes de déminéralisation, grâce aux ions phosphates et bicarbonates qui contrôlent la neutralité du PH salivaire et d'autre part, elle renforce la charge minérale de surface par diffusion d'éléments tels que le calcium, les phosphates, le fluor, augmentant ainsi la dureté de l'émail.

Enfin, le flux salivaire assure un nettoyage mécanique des surfaces muqueuses et dentaires, éliminant en partie la flore pathogène. Ce phénomène est amplifié par les mouvements des lèvres et de la langue.

Les glandes salivaires, en sécrétant **0,6 à 1,5 litre** d'eau par jour, participent au maintien du degré d'hydratation de l'organisme à un niveau satisfaisant.

De nombreuses substances sont excrétées dans la salive, puis réabsorbées ou catalysées, comme l'iode, les graisses, les hormones sexuelles et les anticorps. Leur taux salivaire dépend de leur concentration plasmatique et du débit.

Plusieurs médicaments, dont certains antibiotiques, ont une excrétion salivaire importante.

Des études récentes ont révélé la présence d'hormones actives et d'autres médiateurs chimiques, dits hormone-like, dans des extraits de glandes salivaires, principalement sous-maxillaires.

Le NGF (nerve growth factor), l'EGF, l'insuline, la kallicréine et la rénine ont été plus précisément isolés au niveau des cellules canalaire des canaux striés.

L'origine des hormones salivaires reste discutée. On admet en général qu'elles proviennent de la circulation sanguine. Cependant, une synthèse locale au sein des glandes salivaires est probable pour les stéroïdes et pourrait concerner

d'autres types d'hormones et de substances telles que l'insuline et la parotine, cette dernière ayant été isolée initialement au niveau des glandes parotides.

### 3. RAPPELS HISTOLOGIQUES :

Il existe 3 glandes salivaires principales et de nombreuses glandes accessoires.

La bouche reçoit les sécrétions des glandes salivaires situées à l'intérieur et à l'extérieur de la cavité buccale.

Ces glandes contiennent des cellules muqueuses, des cellules séreuses ou un mélange des deux.

Les glandes séreuses sécrètent un fluide aqueux contenant des enzymes (amylase, lysozyme, etc.), des immunoglobulines A et de la lactoferrine, un composé qui fixe le fer.

Les glandes salivaires les plus grosses sont situées à l'extérieur de la cavité buccale et leurs sécrétions sont excrétées par de longs canaux ; les glandes plus petites, situées surtout dans le chorion de la muqueuse buccale, sont moins bien délimitées et déversent leurs sécrétions dans la bouche par de petits canaux.

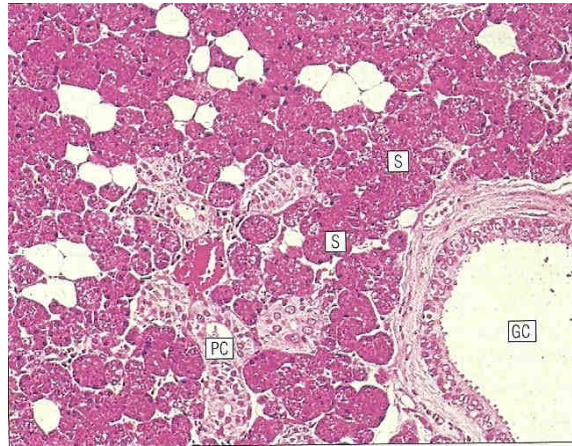
Les principales glandes salivaires sont :

- les parotides
- les sous-maxillaires
- et les sublinguales.

- **Les glandes parotides** : sécrètent une substance séreuse.

Les glandes parotides sont situées en dessous et en avant du pavillon de l'oreille. Elles sont aplaties et bien encapsulées, traversées par le nerf facial qui les divise en portion superficielle et en portion profonde. Leurs longs canaux s'ouvrent dans la cavité buccale au niveau de la seconde molaire supérieure.

Les glandes parotides sont entièrement constituées d'éléments séreux riches en grains de zymogène avec une quantité variable de tissu adipeux dans les interstices qui séparent les lobules parotidiens.



**Figure 3:** Glande parotide [17].

La glande parotide est entièrement constituée de cellules séreuses (S) et d'une quantité variable de tissu adipeux intercalaire.

Nous remarquons une grappe de petits canaux (PC) et une section d'un gros canal (GS).

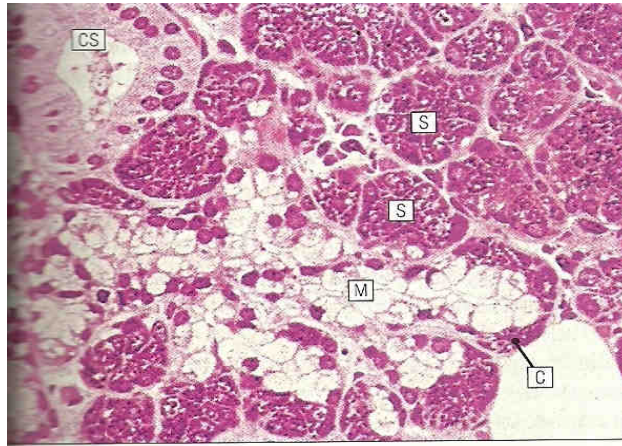
- **Les glandes sous-maxillaires :**

Sécrètent une substance séromuqueuse. Les glandes sous-maxillaires, de forme ovoïde sont situées de part et d'autres du cou juste sous la mandibule.

Leurs canaux s'ouvrent dans le plancher buccal de chaque côté du frein de la langue. Les glandes sous-maxillaires sont de type mixte, contenant à la fois des éléments muqueux et séreux avec des cellules séreuses.

Les acini sécréteurs sont principalement constitués de cellules épithéliales responsables de la sécrétion séreuse. Ces cellules épithéliales sont arrondies et remplies de grains de zymogène se colorant en pourpre.

Les cellules à mucus se colorent faiblement et contiennent un abondant cytoplasme clair. Elles forment souvent des tubules aveugles, l'extrémité aveugle renfermant un croissant de cellules séreuses riches en zymogène.



**Figure 4:** Glande sous-maxillaire [17].

La glande sous-maxillaire possède des éléments muqueux et séreux.

Les éléments séreux (S) possèdent de gros grains de zymogène alors que les cellules muqueuses (M) sont souvent disposées en structures de type canalaire dont les extrémités sont coiffées par les croissants séreux (C).

Un canal strié (CS), montre les aspects caractéristiques d'un épithélium échangeur d'ions.

Les acini se déversent dans les canaux intercalaires tapissés d'un épithélium cubique stratifié qui s'abouchent dans les canaux intralobulaires. Ceux-ci se caractérisent par un grand épithélium cylindrique stratifié qui se colore en rose pâle et dont le cytoplasme basal prend une disposition striée caractéristique. Les canaux intralobulaires sont aussi appelés canaux striés.

L'épithélium du canal intralobulaire est biochimiquement actif et modifie la concentration et la composition des liquides sécrétés par l'acinus.

Les canaux striés intralobulaires débouchent dans de plus gros canaux, les canaux interlobulaires tapissés d'un épithélium non strié, souvent pseudo-stratifié. Ces derniers se rejoignent pour former les canaux principaux dont certains (en particulier le canal sous-maxillaire principal) peuvent avoir un épithélium cilié.

Il existe un réseau de cellules myoépithéliales entre l'épithélium et la membrane basale des acini et de la plus grande partie du système de canaux ; leur contraction pousse les sécrétions vers les grands canaux.

- **Les glandes sublinguales** : secrètent une substance essentiellement muqueuse.

Les glandes sublinguales sont localisées dans le plancher buccal, de part et d'autre du frein de la langue, et leurs courts canaux débouchent à proximité des canaux sous-maxillaires ou avec eux. Elles sont formées surtout de cellules muqueuses.

Il existe de nombreux petits amas de tissu glandulaire salivaire.

La cavité buccale contient une grande quantité de tissu salivaire éparpillé dans la sous muqueuse.

Le plus important forme :

- Les glandes linguales dans le chorion et les couches musculaires de la face dorsale de la langue.
- Les glandes sublinguales mineures à proximité des sublinguales principales (les autres glandes de la langue se trouvent à la face inférieure du bout de la langue et sur ses bords) ;
- Les glandes labiales à la face interne des lèvres ;
- Les glandes palatines dans la sous-muqueuse de la voûte du palais et du palais membraneux ;
- Les glandes amygdaliennes dans la muqueuse buccale, associées aux amygdales palatines et pharyngiennes.
- Les glandes buccales dans la sous muqueuse des joues.

Les glandes labiales, sublinguales, linguales mineures et buccales sont essentiellement composées de cellules muqueuses avec présence de quelques cellules séreuses.

Les glandes linguales et palatines sont uniquement sécrétrices de mucus.

D'autre part, les glandes salivaires principales sont constituées de lobules contenant des acini et des canaux excréteurs.

Les acini sont composés de cellules séreuses ou muqueuses ou un des deux, prenant alors le nom d'acini mixtes.

Les parotides sont essentiellement séreuses, les sublinguales essentiellement muqueuses.

Les glandes salivaires accessoires sont, selon leur localisation, soit muqueuses pures : **glandes palatines**, soit séreuses pures : **glandes linguales**. Mais on peut trouver des formes mixtes dans toutes les glandes, en particulier dans la parotide, aux âges extrêmes de la vie.

Les acini se drainent dans les canalicules intercalaires, puis strié et enfin excréteurs.

Les cellules inter glandulaires contiennent également, dans leur médullaire, des inclusions salivaires, réalisant une intrication histologique très particulière.

Les différents éléments histologiques constituant les glandes salivaires ont la particularité de pouvoir présenter certaines métaplasies :

- Métaplasie muqueuse malpighienne des canaux excréteurs (surtout dans la parotide après obstruction canalaire et dilatation en amont en cas de lithiase salivaire).
- Métaplasie pseudo tumorale,
- Métaplasie sébacée [17].

## **II. CLASSIFICATION DES TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES: [18]**

### **1. Classification TNM:**

**La classification TNM** (1997) révisée le 23 septembre 2002, reprend pour le N et le M la classification classique des tumeurs de la tête et du cou :

#### **T- Tumeur primitive :**

**Tx** Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive.

**To** Pas de signe clinique de la tumeur primitive.

**T1** Tumeur  $\leq 2$  cm dans son plus grand diamètre sans extension extra-parenchymateuse.

**T2** Tumeur  $> 2$  cm et  $\leq 4$  cm dans son plus grand diamètre sans extension extra-parenchymateuse.

**T3** Tumeur avec extension extra-parenchymateuse sans atteinte du septième nerf crânien et/ou  $> 4$  et  $\leq 6$  cm dans son plus grand diamètre.

**T4** Tumeur avec atteinte de la base du crâne, du septième nerf crânien et/ou  $> 6$  cm dans son plus grand diamètre.

L'extension extra-parenchymateuse est une invasion clinique ou macroscopique de la peau, des tissus mous, des os ou des nerfs. L'invasion microscopique seule ne constitue pas une extension extra-parenchymateuse dans la classification.

Sur le plan clinique, s'ajoute une subdivision en :

**a** absence d'extension locale (en dehors de la glande)

**b** extension locale.

#### **N - Adénopathies régulières :**

**Nx** Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux.

**No** Pas de signe d'atteintes des ganglions lymphatiques régionaux.

**N1** Métastase d'un seul ganglion lymphatique homolatéral  $\leq 3$  cm dans son plus grand diamètre.



**N2** Métastase unique dans un seul ganglion lymphatique homolatéral  $> 3\text{cm}$  et  $\leq 6\text{ cm}$  dans son plus grand diamètre, ou métastases ganglionnaires homolatérales multiples, toutes  $\leq 6\text{ cm}$ .

**N2a** Métastase dans un seul ganglion lymphatique  $> 3\text{ cm}$  mais  $\leq 6\text{ cm}$ .

**N2b** Métastases homolatérales multiples toutes  $\leq 6\text{ cm}$ .

**N2c** Métastases bilatérales ou controlatérales  $\leq 6\text{ cm}$ .

**N3** Métastase dans un ganglion lymphatique  $> 6\text{ cm}$  dans son plus grand diamètre.

**M- Métastases à distance :**

**Mx** Renseignements insuffisants pour classer des métastases

**Mo** Pas de métastases à distance.

**M1** Présence de métastase (s) à distance.

## **2. Classification anatomopathologique : [18]**

Subdivise ces tumeurs quelle que soit leur histopathologie en tumeurs de haut grade et de bas grade.

Les tumeurs de bas grade comprennent :

- ❖ Les carcinomes à cellules acineuses,
- ❖ Les carcinomes mucoépidermoïdes, grade I et II,

Les tumeurs de haut grade comprennent :

- ❖ Les carcinomes adénoïdes kystiques (anciennement cylindromes),
- ❖ Les adénocarcinomes, les carcinomes peu différenciés, les carcinomes anaplasiques, les carcino-sarcomes,
- ❖ Les carcinomes mucoépidermoïdes de grade III,
- ❖ Les carcinomes épidermoïdes,
- ❖ Les tumeurs mixtes malignes, les myoépithéliomes malins.
- ✓ Les aspects histologiques les plus fréquemment rencontrés sont les tumeurs mucoépidermoïdes et les adénocarcinomes puis les carcinomes adénoïdes kystiques.
- ✓ Il existe aussi d'autres aspects histologiques rares en particulier les mélanomes, sarcomes, lymphomes.

### **III. TRAITEMENT DES TUMEURS DES SALIVAIRES:[18]**

La stratégie thérapeutique dépend de l'anatomie pathologique, qui distingue :

- Les tumeurs de bas grade
- Les tumeurs de haut grade, et du niveau d'extension, apprécié selon la classification TNM.

#### **Principe de traitement:**

Le traitement des tumeurs malignes des glandes salivaires est, en premier lieu chirurgical avec examen anatomopathologique extemporané recommandé. Eventuellement ce traitement sera suivi d'une radiothérapie complémentaire en fonction du degré d'extension (local et /ou régional) et du grade histologique. En cas d'inextirpabilité de la tumeur, le traitement sera effectué par radiothérapie exclusive. Il n'ya pas lieu d'envisager de chimiothérapie en dehors de cas particuliers (M1).

#### **Chirurgie:**

**Le traitement chirurgical s'intéressera à la tumeur et éventuellement aux adénopathies.** Le principe du traitement est celui d'une exérèse de la glande en totalité. **En cas de chirurgie pour une tumeur parotidienne, il sera tenté de préserver le nerf facial si celui-ci n'est pas envahi macroscopiquement** par la tumeur. Si ce geste n'est pas possible, une réparation immédiate du nerf facial sera tentée si le contexte le permet.

**Avant le geste chirurgical, il convient de prévenir le patient d'une analyse extemporanée et d'un risque vis-à-vis du nerf facial.**

#### **Radiothérapie:**

L'irradiation externe est effectuée soit par les méthodes classiques surtout en postopératoire (photons X et électrons) soit par neutron thérapie dans des indications précises définies par le radiothérapeute (tumeurs non résécables).

**Le traitement consiste à irradier la tumeur ou le lit opératoire et les aires ganglionnaires homolatérales à une dose de 50 ou 66 grays selon les résultats anatomopathologiques de la pièce opératoire.**

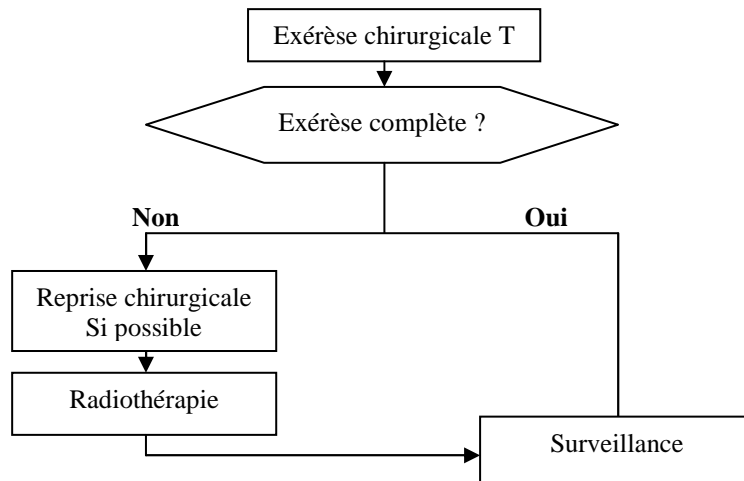
### Facteurs pronostiques:

Les deux principaux facteurs sont le stade au moment du diagnostic et le grade histologique de malignité. La qualité de l'exérèse chirurgicale étant quant à elle facteur pronostique lié au traitement.

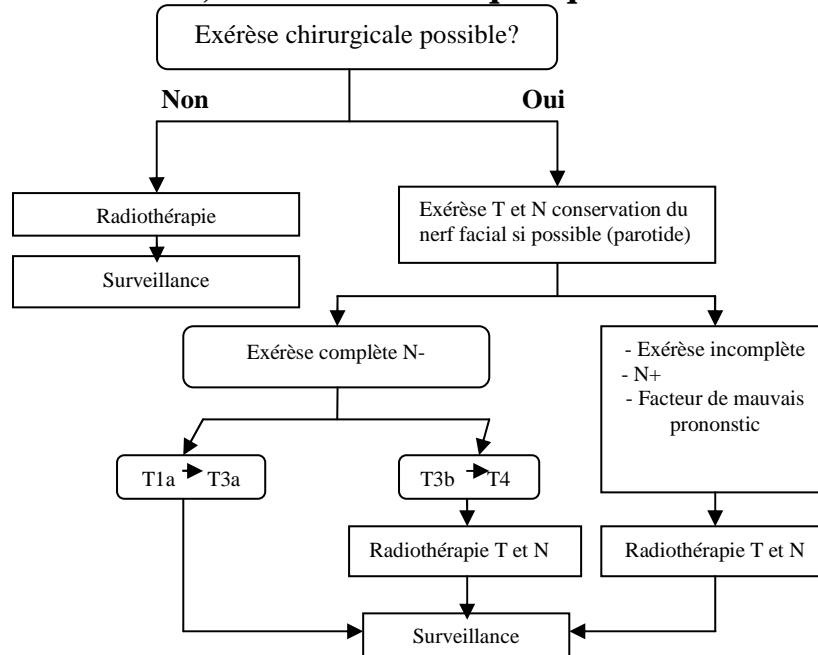
#### → Les tumeurs de bas grade :

La qualification histologique du grade se fait lors d'une cytoponction ou à partir d'un examen extemporané. Pour les tumeurs de bas grade, l'attitude est dictée par le niveau d'extension, apprécié selon la classification **TNM**.

#### - Les tumeurs T1a et T2a, NO.

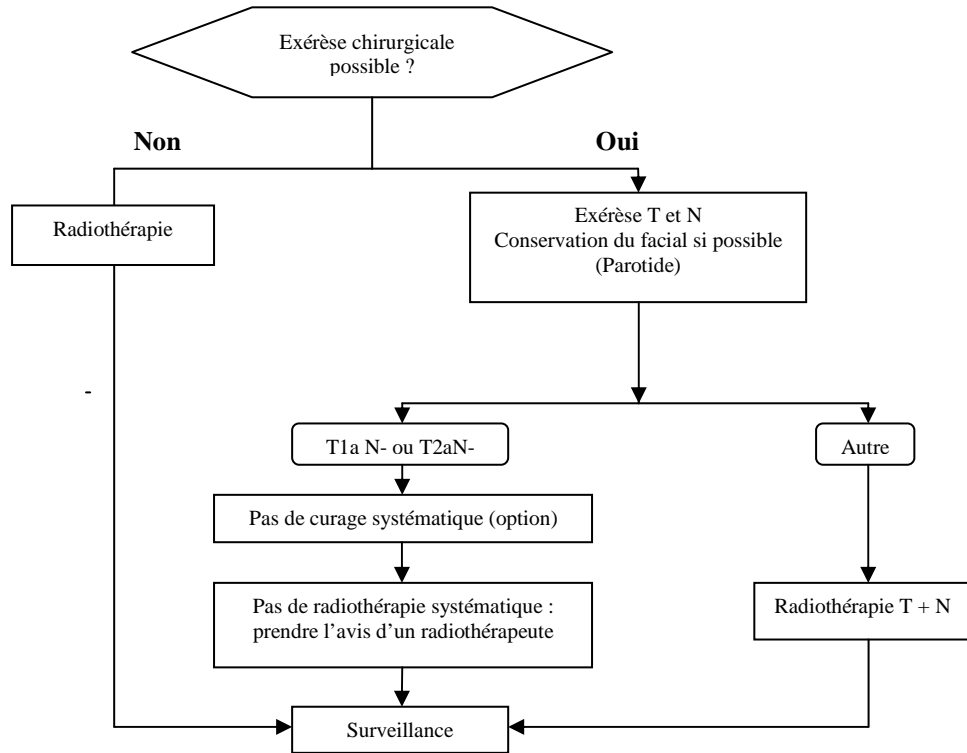


#### - Les tumeurs T1a et T2a, N1 ou T1b à T4 quel que soit N.



→ **Les tumeurs de haut grade :**

La qualification histologique du grade se fait lors d'une cytoponction ou à partir d'un examen extemporané. Pour les tumeurs de haut grade, l'attitude est basée sur la même démarche, quels que soient **T** et **N**.



**Surveillance:**

- Un examen clinique trimestriel les deux premières années, semestriel pendant la troisième et la quatrième année, puis annuel pendant 10 ans, ou plus en cas de carcinome adénoïde kystique.
- Une radiographie thoracique annuelle pendant 10 ans si tumeur de haut grade.
- Les autres examens paracliniques, en particulier l'échographie cervicale et/ou la TDM seront prescrits, selon la localisation initiale et les difficultés de surveillance clinique.

## **IV. MATERIEL ET METHODES :**

### **1. Cadre d'étude :**

#### **1.1 : Présentation de l'INRSP :**



**L'institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP)** est un des centres de référence au niveau national dans le domaine du diagnostic biologique et de recherche en santé publique. Il a pour mission :

- de promouvoir la recherche médicale et pharmacologique en santé publique notamment dans le domaine des maladies infectieuses, génétiques, néoplasiques ; de la médecine sociale ; de la santé de la reproduction ; de la biologie clinique appliquée à la nutrition et aux affections endémo-épidémiques ; de l'hygiène du milieu ; de l'éducation sanitaire ; de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle.
- de participer à la formation technique, au perfectionnement et à la spécialisation des cadres dans les limites de sa compétence.
- d'assurer la protection et standardisation des médicaments traditionnels améliorés, de vaccins et de réactifs biologiques de laboratoire.
- d'assurer la protection du patrimoine scientifique relevant de son domaine.
- de promouvoir la coopération scientifique nationale et internationale dans le cadre d'accord d'assistance mutuelle.
- de gérer les structures de recherche qui lui sont rattachées.

**L'INRSP** comprend cinq départements et une agence comptable :

- Le département administratif et du personnel,
- Le département diagnostic et recherche biomédicale
- Le département de santé communautaire,
- Le département de médecine traditionnelle,
- Le département de formation.

Chaque département est dirigé par un chef de département.

**L'INRSP** dispose actuellement d'un centre de recherche et de formation en zone rurale à Sélingé, Kolokani, Gossi ; et un centre de recherche en médecine traditionnelle à Bandiagara.

✓ **Le service d'anatomie pathologique :**

C'est dans ce service que sont adressées les biopsies, les pièces opératoires, les cytoponctions réalisées dans le pays (Bamako, Kati, Sikasso, et autres) pour examen anatomopathologique.

Dans les archives on retrouve les compte-rendus anatomopathologiques soigneusement conservés et remontant à des dizaines d'années.

Le personnel est composé actuellement d'un Professeur, d'un Médecin spécialiste en anatomie pathologique, de deux Médecins se spécialisant en anatomie pathologique, de deux techniciens supérieurs de laboratoire et deux manœuvres.

En plus de ces activités de diagnostic, le service est aussi actif dans la recherche. Il détient le registre national du cancer et le projet de recherche notamment sur le cancer du col utérin en collaboration avec le Centre International de la recherche contre le Cancer.

## **2. Type et durée d'étude :**

Il s'agissait d'une étude rétrospective allant du 1er janvier 1999 au 31 décembre 2007 soit une période de neuf ans.

## **3. Population d'étude :**

Il s'agissait de dossiers de compte rendu d'examen réalisés sur les pièces opératoires en provenance du service d'ORL du CHU-GT et qui avaient été adressées au laboratoire d'anatomie pathologique de l'INRSP pour confirmation de type histologique.

### **a. Critères d'inclusion :**

Ont été inclus les dossiers des pièces opératoires du service d'ORL du CHU-GT adressées au laboratoire d'anatomie pathologique de l'INRSP de Bamako.

Tous ces dossiers comportaient une fiche clinique détaillée comportant : l'âge, le sexe et des renseignements cliniques sur les patients.

### **b. Critères de non inclusion :**

Tous les dossiers dont le prélèvement ne permettait pas de définir la nature des tumeurs des glandes salivaires et dont il n'a pas été retrouvé de fiches cliniques.

## **4. Informations recueillies :**

Les informations étaient recueillies sur une fiche d'enquête qui figure sur la fiche des annexes. Ces données ont été colligées en consultant le registre des compte- rendus histopathologiques.

Les paramètres analysés étaient :

- La date du prélèvement
- Les données sociodémographiques du patient : âge, sexe, résidence habituelle.
- La fiche clinique ORL.
- Le type de prélèvement.
- Le résultat histologique.



## **5. Technique anatomopathologique :**

### **Histologie :**

Les pièces ont été fixées au formol à 10 %, puis incluses dans la paraffine liquide. Les colorations ont été faites à l'hématéine éosine et la lecture à l'aide du microscope optique de marque OLYMPUS avec un grossissement entre 10 et 40.

**Cytologie :** les prélèvements de cytoponction ont été directement mis sur les lames séchées, ensuite colorés par le Giemsa.

Pour les liquides, on a procédé par centrifugation puis les culots sont étalés sur lames, fixés par dessiccation, ensuite colorés par le Giemsa.

Les techniques spécifiques comme l'immunohistochimie et l'immunomarquage n'ont pas été utilisées dans notre étude compte tenu de leur absence dans notre structure.

### **6. Les logiciels utilisés :**

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel SPSS11.O de Windows.

Nous avons fait une saisie simple des textes, graphiques et tableaux sur les logiciels Word et Excel.

Les calculs statistiques ont été effectués avec le khi2 de Pearson et de Yates considérés comme non significatifs à  $P \leq 0,05\%$ .

### **7- Confidentialité et éthique :**

Notre étude demandait une rigueur non seulement scientifique mais aussi éthique. Ces données nominatives indispensables à notre étude étaient répertoriées sur des fiches spécialisées qui ne devraient en aucun cas être laissées à la portée d'un tiers.

L'accès à ces fiches spéciales était strictement réservé au personnel de l'unité.

## V. RESULTATS :

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

<i>Tranche d'âge (années)</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence(%)</i>
0 - 15	0	0
<b>16 - 31</b>	<b>10</b>	<b>52,6</b>
32 - 67	9	47,4
Total	19	100

La tranche d'âge la plus concernée a été celle de 16 à 31ans soit 52,6% des cas. La moyenne d'âge a été de  $32,32 \pm 13,12$  ans avec des extrêmes d'âge allant de 16 et 67 ans.

**Tableau II** : Répartition des patients en fonction du délai de la consultation.

<b>Délais de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
< 3 mois	0	0
3-6 mois	1	5,3
6-12 mois	0	0
<b>&gt;12 mois</b>	<b>18</b>	<b>94,7</b>
Total	19	100

Les patients ont presque toujours été reçus plus d'une année après l'apparition de la masse cervicale (94% des cas).

**Tableau III** : Répartition des patients en fonction des motifs de consultation.

<b>Motifs de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
PFP	1	5,3
<b>Masse cervicale</b>	<b>15</b>	<b>78,9</b>
Adénopathie cervicale	2	10,5
Autres	1	5,3
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

La masse cervicale a été la plus prédominante (79%).

Autres : dysphagie.

**Tableau IV** : Répartition des patients selon la taille de la masse cervicale.

<b>Taille de la masse cervicale (cm de diamètre)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
0-2 cm	2	10,5
<b>2-4 cm</b>	<b>12</b>	<b>63,2</b>
Au delà de 4 cm	5	26,3
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

La taille de la masse cervicale était significative pour la presque totalité des patients.



Source : Dr Kéita/ORL-Mali

**Photo N°1 :** vue d'une ulcération parotidienne admise dans le service dont la lecture anatomopathologique a conclu à un carcinome épidermoïde de la parotide.



Source : Dr Kéita/ORL-Mali

**Photo N°2 :** vue d'une tuméfaction parotidienne dont la lecture de la pièce a conclu à un adénome pléomorphe de la parotide.



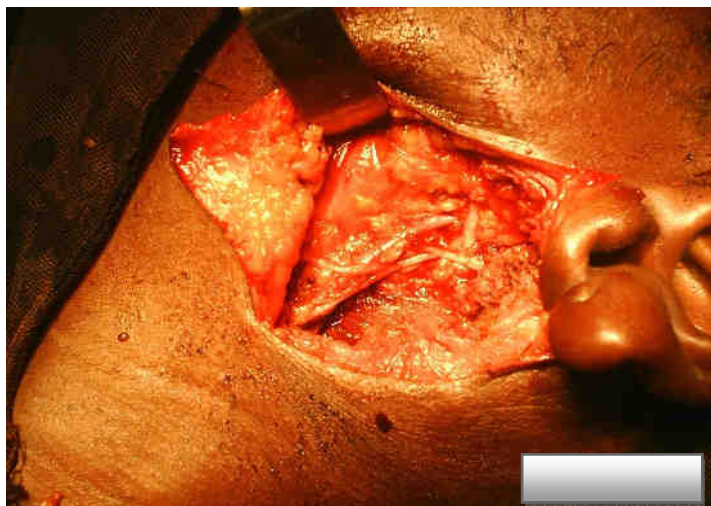
Source Dr Kéita/ORL-Mali

**Photo N°3** : Vue d'une tumeur de la région parotidienne gauche.



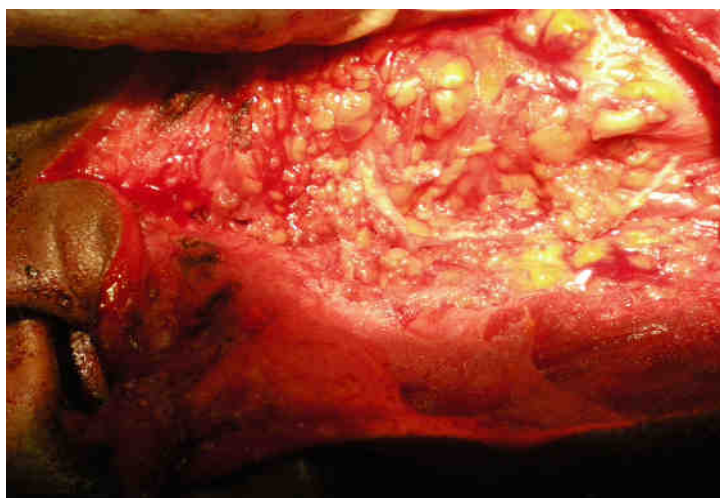
Source Dr Kéita/ORL-Mali

**Photo N°3 :** vue d'une tumeur de la région sous-maxillaire gauche avec fistulisation en regard de la masse.



Source Dr Kéita/ORL-Mali

**Photo N°4:** vue du nerf facial exposé au terme d'une parotidectomie exofaciale.



Source Dr Kéita/ORL-Mali

**Photo N°5 :** Autre vue opératoire du nerf facial exposée après parotidectomie exofaciale montrant une variation anatomique.

**Tableau V :** Répartition des patients selon les caractéristiques palpatoires de la masse cervicale.

<b>Données palpatoires</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Consistance pierreuse	8	42,11
<b>Consistance dure à renittente</b>	<b>11</b>	<b>57,89</b>
Total	19	100

Plus d'un tiers des patients a présenté une consistance pierreuse à l'examen de la masse cervicale à l'admission.

**Tableau VI :** Répartition des patients selon la présence ou non de la douleur.

<b>Douleur</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Présente	2	10,53
<b>Absente</b>	<b>17</b>	<b>89,47</b>
Total	19	100

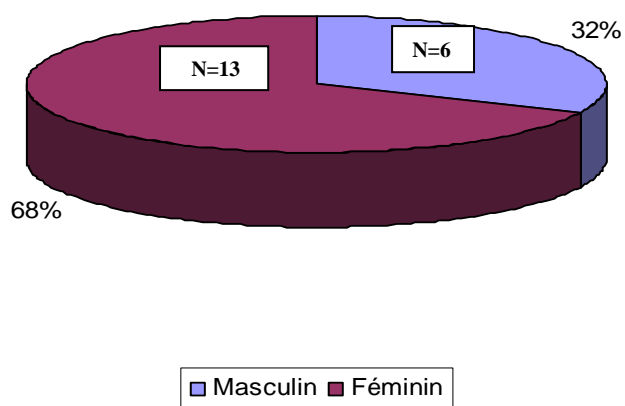
La douleur à la mobilisation de la masse cervicale a été rarement retrouvée chez nos patients (10,53% des cas).

**Tableau VII :** Répartition des patients selon la présence ou non d'adénopathies.

<b>Adénopathie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Présente	5	26,32
<b>Absente</b>	<b>14</b>	<b>73,68</b>
Total	19	100

Près d'un tiers des patients présentait des adénopathies palpables homolatérales à la masse cervicale à l'admission.





**Figure 5 :** Répartition des patients selon le sexe

Le sexe féminin a représenté 68% avec un sex-ratio de 2,12.

**Tableau VIII** : Répartition des patients selon le siège de la tumeur.

<i>Siège de la tumeur</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence (%)</i>
<b>Parotide</b>	<b>13</b>	<b>68,4</b>
Sous- maxillaire	6	32,6
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

La parotide a été le site le plus fréquemment atteint dans notre série (68,4% des cas).

**Tableau IX** : Répartition de l'effectif selon le type histologique.

<b>Type histologique de la tumeur</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
<b>Adénome pléomorphe</b>	<b>16</b>	<b>84,1</b>
Adénome canaliculaire	1	5,3
Cylindrome	1	5,3
Adénocarcinome mucineux	1	5,3
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

L'adénome pléomorphe a été le plus représenté avec 84,1% des cas.

**Tableau X :** Répartition des patients selon le siège de la tumeur en fonction du sexe.

<b>Siège de la tumeur</b> <b>Sexe</b>	<b>Parotide</b>	<b>Sous-maxillaire</b>	<b>Total</b>
Masculin	5	1	6
Féminin	8	5	13
Total	13	6	19

Les tumeurs des glandes salivaires sont observées deux fois plus chez la femme que chez l'homme en tenant compte de la faible taille de notre échantillonnage les deux variables (sexe et siège) sont sans liaison statistique significative.

$(\chi^2 = 0,90$  non validé ;  $P = 0,34$ ).

**Tableau XI:** Répartition du siège de la tumeur en fonction de la classe d'âge.

<b>Siège de la tumeur</b> <b>Tranche d'âge (année)</b>	<b>Parotide</b>	<b>Sous-maxillaire</b>	<b>Total</b>
0 - 15	0	0	0
16 - 31	8	5	13
32 - 67	5	1	6
Total	13	6	19

Il n'existe de liaison statistique significative entre les deux variables (siège et tranche d'âge).  $(\chi^2 = 3,31$  ;  $P = 0,091$ ).

**Tableau XII :** Répartition des patients selon le caractère tumoral (malignité et bénignité) en fonction du sexe.

<i>Caractère tumoral</i>	<i>Tumeur bénigne</i>	<i>Tumeur maligne</i>	<i>Total</i>
<i>Sexe</i>			
Masculin	4	2	6
Féminin	13	0	13
Total	17	2	19

Les deux cas de malignité observé, concernent tous l'homme mais pas de malignité chez la femme et sans liaison statistique significative entre deux variables (caractère tumoral et sexe).

$(\chi^2 = 5,11 ; P = 0,06)$ .

**Tableau XIII** : Répartition des patients selon le caractère tumoral et la tranche d'âge.

<b>Caractère tumoral</b>	<b>Caractère tumoral</b>		
	<b>Tumeur bénigne</b>	<b>Tumeur maligne</b>	<b>Total</b>
<b>Tranche d'âge (année)</b>			
<b>0 - 15</b>	0	0	0
<b>16 - 31</b>	9	1	10
<b>32 - 67</b>	8	1	9
<b>Total</b>	17	2	19

Les tumeurs bénignes étaient les plus fréquentes dans les tranches d'âge : 16-31ans et de 32-67ans avec 17/19 cas soit 89,5%.

## **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION:**

### **1. Aspects méthodologiques :**

Notre étude a consisté en une étude rétrospective dont le recueil des données s'est fait uniquement sur les dossiers de compte rendu d'examens anatomopathologiques des patients. De ce fait, notre taille d'échantillon n'est pas indicative de la fréquence réelle des TGS dans la pratique ORL à Bamako. Au moins une vingtaine de dossiers cliniques (25) n'ont pu être exploités du fait : soit du remplissage incomplet, soit de l'absence des résultats anatomopathologiques.

Ce travail a eu pour but de baliser le champ d'étude des TGS en mettant en lumière les caractères cliniques et anatomopathologiques basiques pouvant permettre d'orienter assez rapidement le clinicien.

Il serait souhaitable d'engager une étude prospective à grande échelle s'intéressant aux principaux services recrutant les TGS à Bamako avec une méthodologie rigoureuse pour établir les grands critères cliniques et anatomopathologiques dans la pratique chirurgicale à Bamako.

### **2. Aspects sociodémographiques:**

#### **2.1 Age et sexe :**

Les tumeurs des glandes salivaires pour certains auteurs européens apparaissent autour d'un âge moyen de 45 ans avec un pic de fréquence entre la cinquième et la sixième décennie de vie **Fontanel JP et al [20]**. Le sex ratio est estimé à 1/1 pour ces auteurs. Cependant il a été noté en Amérique latine une plus grande fréquence chez les hommes et dans la septième décennie de la vie **Gonzalez F. [6]**. Ces auteurs estiment une prédominance de sexe féminin en dessous de 40 ans et de sexe masculin au dessus de cet âge, sans que les différences soient significatives.

En Afrique, ces constatations sont partagées tant par des auteurs maghrébins que d'Afrique noire qui trouvent respectivement un âge moyen de 43 ans **Moatemri et al [5]** et de 39 et 45 ans **Diop EM. [10], Boko E. [21]**.

Quand à notre travail, la taille très modeste ne nous permettant pas de tirer des conclusions assez pertinentes, nous avons eu un âge moyen de 32 ans avec des extrêmes allant 16 à 67 ans et une prédominance féminine à 68%.

## 2.2 Fréquence :

Les tumeurs des glandes salivaires sont de fréquence diversement appréciée par les auteurs. Ainsi en France on estime **Fontanel [4]** qu'elles ont une incidence 4/100 000, tandis qu'au Chili cette incidence tombe à 1,22/100 000 **[6]**.

Cela dénote une rareté de ces tumeurs des glandes salivaires, ce qui est aussi bien partagé par des auteurs africains **Diop EM [10], BokoE [21]** que par notre étude.

## 3. Manifestations cliniques :

### 3.1 Le siège :

A travers la littérature tant de l'Amérique du nord qu'Européenne **[6, 20, 24,25]** la glande parotide est la localisation la plus fréquente suivie par la glande sous maxillaire et les glandes salivaires accessoires. L'axiome de Thackeray « pour 100 tumeurs de la parotide, il y a 10 tumeurs de la glande sous maxillaire, 10 tumeurs des glandes salivaires accessoires et une tumeur de la glande sublinguale reste valable. Cette assertion a semblé aussi être de règle pour de nombreux auteurs africains (**Moatemri et al [5], Diop EM [10], Boko E [21]**) dont certains comme **Moatemri et al [5]** ont estimé qu'à 60% la glande parotide était intéressée, la glande sous maxillaire à 16% et les glandes salivaires accessoires à 24%.

Une précédente étude malienne sur une série de 60 patients **Diombana ML et al [8]** avait estimé que le siège était parotidien dans 65% des cas.

Notre étude, malgré la taille de notre échantillon s'est appropriée cet axiome. On y trouve la glande parotide impliquée dans 68% des cas.

### 3.2 Aspects mode de découverte :

Il ya d'abord ce que l'on pourrait appeler le délai de consultation. C'est le temps qui s'écoule entre le moment où le malade s'aperçoit de sa tumeur et le moment où il va consulter le médecin spécialiste. Quel que soit le siège de la tumeur, ce délai est long pour les patients que nous avons reçu en consultation. Notre étude présente des singularités quant à nos circonstances de découverte. Ces circonstances de découverte étaient dominées par des masses cervicales franches souvent volumineuses dès la première consultation. Ces masses étaient souvent accompagnées de notion de douleur ou d'ulcération. La paralysie faciale de type périphérique homolatérale à la masse accompagnait certains cas. Les adénopathies cervicales ont souvent été le motif de demande de soins..

Ce mode de découverte est partagé par certains auteurs Africains avec quelques particularités.

Ainsi **Diop EM [10]** au Sénégal évoquant spécifiquement les tumeurs de la parotide, trouve que c'est l'entourage ou le miroir qui révèle au malade la masse, tant elle est silencieuse. Située dans le lobe profond le plus souvent, elle peut cependant entraîner une dysphagie, une pesanteur pharyngée, voire les signes auditifs par compression de la trompe d'Eustache. Il n'y a cependant pas de véritable douleur. Ce sont plutôt des sensations de gêne, de lourdeur, de chaleur, bref des signes subjectifs que chaque malade décrit en fonction de sa psychologie.

Quand à **Ouoba K [22]** au Burkina Faso rapportant une série de 217 patients, il estime que sur le plan clinique, les patients dans la majorité des cas viennent consulter tardivement. Il estime que cela intervient à un stade d'état clinique chez la presque moitié des patients déjà porteurs de volumineuse tumeur bourgeonnante, cratériforme, saignant au contact chez un sujet en mauvais état général souvent déjà porteur d'adénopathies fixées.



Quant aux auteurs maghrébins, ils abordent le sujet avec les mêmes modes de découverte qu'en Afrique noire. Cependant dès cette période, ils mettent en exergue la nécessité de dépister les notions de douleur, de paralysie faciale, et d'atteinte ganglionnaire. La présence de notion d'augmentation rapide de taille orienterait plutôt vers des tumeurs malignes (les lymphomes, les carcinomes épidermoïdes et les tumeurs indifférenciées) Beltaief N et al [23].

En Europe, les circonstances de découverte se présentent de façon plus discrète telles que le rapporte **Fontanel JP [20]**. Il trouve que les tumeurs parotidiennes se présentent sous forme d'un nodule, situé en avant et en dessous du lobule de l'oreille, pouvant combler le sillon rétromandibulaire. Elles se révèlent alors par des troubles de la déglutition à type de dysphagie en rapport avec leur développement vers l'espace sous parotidien antérieur, sous amygdalo-tubaire ou préstylien.

**Altabaa K [24]** trouve cependant chez un patient présentant une tuméfaction unilatérale évoluant depuis plusieurs semaines, une masse située en avant du tragus, du lobule de l'oreille, ou comblant la région rétromandibulaire. Quelques signes évocateurs de malignité ont été spécifiés : masse cervicale (indurée, douloureuse, fixée au plan profond ou à la peau), une paralysie faciale périphérique (complète ou incomplète) et une adénopathie cervicale homolatérale.

### **3.3 Résultats des examens cliniques:**

Nos patients avaient suivi en consultation, un examen physique ORL complet des différentes glandes salivaires qui consistait à :

- un examen de la peau cervico-faciale :
  - ✓ l'inspection a objectivé la masse cervicale, précisé l'état de la peau en regard, estimé la taille de la masse.

- ✓ la palpation a permis de préciser la consistance, les limites de la masse, la mobilité de la masse, l'aspect douloureux à la mobilisation.
- ✓ l'auscultation a permis d'exclure les causes vasculaires.
- L'examen des muqueuses s'est intéressé successivement à:
  - ✓ la cavité buccale et l'oropharynx (inspection et palper endo-buccal mobilisateur, en vérifiant si le voile est refoulé ou pas).
  - ✓ l'hypopharynx, le larynx, le nez sont généralement normaux.
- L'otoscopie est généralement revenue normale
- un examen ganglionnaire à la recherche d'adénopathies satellites prétragiennes ou jugulo-carodiennes, d'adénopathie cervicale homolatérale le plus souvent intéressant le groupe sous-digastrique.
- un examen des paires crâniennes pour apprécier le nerf VII ou le nerf V qui peuvent être atteints.

Dans notre étude deux tableaux cliniques se sont présentés :

- Un premier tableau orientant vers la bénignité, se présentant comme une masse solitaire sous forme de nodule, de mobilisation non douloureuse, de consistance ferme à rénitente avec la peau en regard saine et sans adénopathie cervicale palpable associée.

- Un second tableau orientant vers la malignité fait plus souvent de masse ulcérée, cratériforme avec une polyadénopathie cervicale de siège variant selon les sièges de drainage lymphatique des différentes glandes intéressées (parotide, sous maxillaire). Nous avons aussi isolé de volumineuses tuméfactions dures, de mobilisation douloureuse avec peau en regard indurée ou infiltrée ou parfois saine.

Ces signes physiques de tumeurs des glandes salivaires ont été décrits par certains auteurs tant en Afrique qu'en Europe qui ont insisté dans leurs publications sur cette étape.

Ainsi, **Boko E [21]** a montré dans son étude que l'examen physique doit préciser les caractéristiques de la tumeur (dimensions, extension, signes traduisant une malignité). L'inspection et la palpation soigneuse de la région cervico-faciale recherchent tout signe suspect sur les aires ganglionnaires. Cet examen est complété par un examen ORL complet avec exploration des paires crâniennes. Il se termine par un examen endocavitaire, éventuellement sous anesthésie générale pour permettre des prélèvements biopsiques.

**Diop EM [10]** trouve qu'en cas de tumeur des glandes salivaires, l'examen de la bouche est indispensable parce qu'il permet d'observer parfois ces tumeurs, surtout quand elle siège dans le lobe profond. Elles occupent alors une position pharyngée, déplaçant les structures voisines de manière variée. Le toucher combiné aide parfois à rattacher la tumeur à la parotide. Il n'a retenu qu'un cas, où l'amygdale palatine homolatérale était refoulée en bas et en dedans. L'examen du canal de Stenon ou plutôt de son orifice, en regard de la première prémolaire supérieure est cliniquement normal. Il n'a pas noté de rougeur particulière.

Dans son étude il n'a rapporté aucune tumeur de petite taille avoisinant le centimètre. La plus grosse tumeur observée avait la taille d'une orange, c'est-à-dire arrondie, de 10 cm de diamètre.

Il a souligné deux cas particuliers de tumeur mixte « géante » de la glande sous maxillaire dans lesquels l'examen endo-buccal a été aussi indispensable.

Le premier est celui d'un homme de 70 ans qui présentait au premier examen une tumeur aussi grosse que sa tête.

Le deuxième est celui d'une femme de 60 ans qui présentait une tumeur énorme, allant du zygoma au cricoïde.

L'examen pratiqué fut le même pour les deux.

Le toucher endobuccal a été indispensable ici aussi. Il complète et précise les caractères des tumeurs.

En Europe la littérature sur les tumeurs des glandes salivaires, retrouve généralement des tumeurs de petites tailles et la démarche de précision clinique suivie par **Diop EM [10]** et **Ouoba K [22]** est largement admise.

**Chossegras C, Guyot L** et al [25] en Europe, trouvent que la taille de la masse parotidienne peut être modérée (1 à 3cm) à l'examen exobuccal. Ils ont évoqué des signes d'examen aussi bien exobuccal qu'endobuccal.

L'examen exobuccal :

→ de la tuméfaction parotidienne : Cet examen précise son siège, sa forme, sa taille, sa consistance, sa mobilité par rapport aux plans profonds ostéo-musculaires et superficiels cutanés. Le plus souvent, il s'agit d'une tumeur du lobe superficiel de la parotide, de forme arrondie ou bosselée, de taille modérée (1 à 3cm), de consistance ferme ou élastique, non douloureuse, mobile par rapport aux plans superficiels et profonds. La fixité et l'extériorisation à la peau sont des facteurs de très mauvais pronostic,

→ des autres glandes homo ou controlatérales du collier salivaire,

→ des adénopathies satellites prétragiennes ou jugulo-carotidiennes (ganglion de Kuttner), d'une paralysie faciale, d'un trismus, autant de symptômes évocateurs d'une affection maligne extériorisée.

L'examen endobuccal :

→ du canal de Sténon, de son ostium (en regard du collet de la première molaire supérieure), et de la salive qui s'en écoule.

→ du prolongement pharyngien de la glande parotide, qui refoule la loge amygdalienne lorsqu'il est hypertrophié.

### 3.4. Bilan paraclinique :

Cependant dans ce contexte, des examens paracliniques sont régulièrement pratiqués tant en Europe qu'en Afrique. Ces examens paracliniques occupent une place importante dans la précision du diagnostic positif.

En Europe, **Jegoux F [26]** a noté qu'en absence de signes cliniques de malignité nous pouvons envisager :

- une échographie avec échoguidage pour réaliser une cytoponction.
- une TDM ou une IRM qui sont discutables. Pour certains l'imagerie est systématique, pour d'autres elle n'est indiquée qu'en cas de réticence à la chirurgie d'exérèse (altération de l'état général, refus de la chirurgie) dans le but d'orienter le plus possible vers un diagnostic sûr.
- la Chirurgie d'exérèse associée à la réalisation de l'examen anatomopathologique extemporané, ce qui décidera ou non d'un éventuel évidement cervical en cas de réponse suspecte de malignité.

En présence d'emblée de signes cliniques de malignité (PF, adénopathie, trismus, douleur, fixité), il est indiqué de faire :

- une IRM ou une TDM injectée
- une cytoponction
- une chirurgie : une exérèse (parotidectomie exploratrice superficielle ou profonde selon le siège) avec un examen extemporané et plus ou moins un curage cervical si malignité confirmée.

Ainsi il est indiqué pour les tumeurs bénignes une parotidectomie superficielle et pour les tumeurs malignes une parotidectomie totale.

Selon **Fontanel JP [20]**, parmi les examens complémentaires, l'imagerie tient une place prépondérante et singulièrement l'imagerie par résonance magnétique. La parotidectomie exploratrice reste cependant l'examen clef pour le diagnostic, seul capable d'apporter une certitude histopathologique.

Les techniques d'imagerie médicale ne permettent pas actuellement un diagnostic de certitude. Elles permettent en revanche de préciser l'extension locorégionale de la tumeur. La résonance magnétique nucléaire (IRM) est particulièrement intéressante dans les tumeurs du lobe profond ou à développement parapharyngé. Comme techniques d'imagerie médicale, ont été pris en compte : la radiographie sans préparation, la sialographie, l'échographie, la scintigraphie, la TDM, l'IRM).

Certains examens à visée cytologique ont été aussi énumérés :

→ la cytoponction à aiguille fine : Cet examen est en pratique, effectué en cas de tumeur manifestement maligne, inopérable, et pour laquelle on souhaite une information diagnostique.

→ la cytologie par exploration endocanalaire est abandonnée.

→ l'endoscopie rétrograde ne semble pas à l'heure actuelle avoir d'indication en pathologie tumorale parotidienne.

La place de la parotidectomie exploratrice avec examen extemporané : l'examen histologique est le seul à pouvoir fournir une certitude diagnostique. L'énucléation d'une tumeur est formellement proscrite. Seule une parotidectomie réglée est acceptable. Elle peut se limiter à une parotidectomie exofaciale après repérage et dissection des branches du nerf facial.

En cas de doute, et à fortiori si l'examen extemporané oriente vers une pathologie maligne, la parotidectomie est complète. La parotidectomie exploratrice l'emporte sur toutes les autres techniques diagnostiques.

Quand à **Altabaa K [24]** le bilan paraclinique a été décrit en tenant compte des différentes glandes salivaires.

### **La parotide :**

→ la biopsie simple transcutanée est proscrite dans les tumeurs de la parotide en raison du risque de dissémination tumorale, de sa difficulté concernant une tumeur du lobe profond, du risque théorique d'une lésion involontaire du nerf facial.

→ la confirmation histologique étant la règle, toute tumeur parotidienne unilatérale nécessite une parotidectomie superficielle chirurgicale avec examen histologique extemporané.

→ Cependant, certains examens sont prescrits pour :

- affirmer la nature parotidienne de la masse en cas d'incertitude clinique ;
- orienter le diagnostic vers certaines tumeurs dont le traitement n'est pas chirurgical (lymphome) ;
- rechercher des signes de malignité permettant la planification du traitement avant la chirurgie (bilan d'extension, chimiothérapie, radiothérapie).

→ IRM des parotides :

Actuellement, c'est l'examen d'imagerie de référence. Il affirme la nature parotidienne de la masse, oriente le diagnostic:

- de l'adénome pléomorphe avec une hypersignalisation T2, polylobée, unifocale.
- d'un cystadénolymphome kystique, multifocal et régulier et,
- d'une tumeur maligne mal limitée avec infiltration périphérique.

→ l'échographie parotidienne permet d'affirmer la nature parotidienne de la masse en cas d'incertitude clinique. Cet examen, encore souvent prescrit, ne devrait plus avoir sa place dans le bilan d'une tuméfaction parotidienne.

→ le scanner avec injection est beaucoup moins sensible et moins spécifique que l'IRM.

→ la cytoponction parotidienne de plus en plus utilisée, elle est de faible sensibilité mais de bonne spécificité pour la recherche de cellules malignes.

**Altabaa K [24]** a montré aussi que quelques examens complémentaires sont inutiles devant une tuméfaction de la parotide :

\*la sialographie, la scintigraphie, le scanner n'ont pas leur place dans le bilan d'une tuméfaction parotidienne ancienne unilatérale.

\*Il n'existe aucun marqueur tumoral biologique des tumeurs des glandes salivaires.

### **La sous maxillaire :**

Le bilan paraclinique a noté :

- une échographie permettant de différencier une pathologie sous maxillaire d'une adénopathie.
- une IRM permettant de différencier une pathologie tumorale d'une pathologie lithiasique.
- une cytoponction orientant le diagnostic préopératoire.
- un examen histologique confirmant le diagnostic des deux principales tumeurs rencontrées (l'adénome pléomorphe et le carcinome adénoïde kystique). Les autres formes histologiques sont exceptionnelles au niveau de la glande sous maxillaire.

**Les autres glandes salivaires :** elles ont les mêmes examens complémentaires que la glande parotide. La forme histologique la plus rencontrée est l'adénome pléomorphe suivi du carcinome adénoïde kystique.

En Afrique noire, particulièrement au Mali après la consultation chaque patient était soumis à un Counseling pour directement préparer une prise en charge chirurgicale et c'est dans ce cadre qu'intervient un bilan d'opérabilité et un bilan de la maladie pour retenir à la fin les critères de résecabilité selon la classification UICC.

Dans notre contexte, la chirurgie d'exérèse suivie ou non de curage cervical est le seul outil fiable dont on dispose pour en arriver au diagnostic de certitude obtenu généralement après deux à trois semaines (délai moyen d'obtention du résultat de lecture histopathologique sur pièce d'exérèse chirurgicale).

Nous n'avons pratiquement pas recours à la cytoponction et /ou à la TDM que quand les signes physiques sont franchement en faveur d'une tumeur maligne. Dans cette optique, la cytoponction est utilisée pour confirmer le doute, et la



tomodensitométrie pour apprécier les extensions tumorales pour décider ou non de la stratégie opératoire.

Nous semblons être en accord avec les orientations définies par nos Maîtres de la sous région africaine qui sont aussi très parcimonieux dans l'usage des examens complémentaires. Ainsi pour **Boko E [21]** au Togo, le bilan pré-thérapeutique aboutit à l'appréciation de l'état général et nutritionnel, et à l'appréciation de l'extension ganglionnaire et métastatique. Ces bilans ont pour but d'établir une stadification clinique TNM selon les critères AICC/UICC. Cette action doit être réalisée pour définir les critères généraux d'opérabilité et de résecabilité. Dans son étude sur 28 patients, 27 ont bénéficié d'une exérèse avec examen anatomopathologique de la pièce opératoire. Seul un patient a subi une biopsie. Il s'agissait d'un patient qui présentait une tumeur d'aspect ulcéreux au niveau de l'amygdale. Aucun des autres examens signalés plus haut n'a été pratiqué chez ces patients en dehors du bilan standard entrant dans le bilan préopératoire. **Diop EM [10]**, au Sénégal, bien que disposant de la sialographie et de la scintigraphie a recourt en définitive à la chirurgie d'exérèse avec l'examen histologique de la pièce pour confirmer le diagnostic.

**Beltaief N, Tababi S et al [23]** au Maghreb ont montré que sur le plan paraclinique, l'échographie permet d'orienter vers la malignité dans 80% des cas montrant un aspect inhomogène avec des limites floues et irrégulières. Sa sensibilité dans la détection des tumeurs du lobe superficiel est voisine de 100%. La TDM complète l'exploration du lobe profond de la parotide, cependant la valeur diagnostic de bénignité ou de malignité de l'IRM est meilleure.

La cytoponction à aiguille fine (PAF), longtemps controversée, trouve de plus en plus sa place dans le bilan préopératoire grâce à l'évolution des techniques et l'amélioration de sa sensibilité et sa spécificité et aide à la planification de la stratégie thérapeutique.

#### 4. Les aspects histopathologiques :

Ces aspects ont été largement décrits tant en Afrique, en Europe qu'en Amérique du sud.

En Afrique noire, **Boko E [21]** a noté que les tumeurs bénignes (TB) représentaient 71,43% et les tumeurs malignes (TM) 21,46% avec un ratio TB/TM de 3,33/1. Les tumeurs malignes étaient notées uniquement dans le sexe féminin. Cet aspect a semblé dans son travail un sujet d'étude ultérieure probable à explorer. D'autres aspects à explorer ont été rapportés dans son travail notamment l'âge d'apparition des TB qui était plus tardif chez l'homme que chez la femme, soit respectivement 47,87 ans et 31,91 ans. Seule la femme était touchée par les TM, l'âge d'apparition est plus tardif pour les TM que pour les TB soit 38 ans et 31,91 ans.

Dans plus de deux tiers des cas, ces tumeurs des glandes salivaires accessoires siégeaient au niveau du palais et essentiellement le palais osseux et l'adénome pléomorphe (tumeur mixte) a été la première tumeur bénigne observée au niveau de ces glandes. Au niveau des tumeurs malignes, le carcinome adénoïde kystique ou cylindrome venait en tête. Dans son étude, le CAK représentant 66,66% des tumeurs malignes. Le carcinome mucoépidermoïde et l'adénocarcinome papillaire venaient en deuxième position.

En résumé l'adénome pléomorphe était la principale TB, alors que le CAK était la première TM.

**Diop EM [10]** a trouvé que l'anatomie pathologique des tumeurs des glandes salivaires représente un domaine assez étudié. Ses aspects histopathologiques ont donc été bien précisés. Dans son étude, il a noté l'importance de la fréquence des localisations parotidiennes, sous maxillaires et palatines (parotide : 22 cas soit 42,3%, sous maxillaire : 10 cas soit 19,2%, Palatine : 10 cas soit 19,2%).

Il a retrouvé que ces tumeurs mixtes atteignent principalement le sujet féminin soit 31 femmes pour 20 hommes.

Au Maghreb, l'étude de **Moatemri R et al [5]** a concerné 76 hommes et 80 femmes, dont l'âge moyen était de 43 ans. 60% des tumeurs étaient parotidiennes, 16% sous maxillaires et 24% au niveau des glandes salivaires accessoires. 84% des tumeurs parotidiennes étaient bénignes. Les tumeurs malignes parotidiennes atteignaient souvent l'homme après la soixantaine. La plupart des tumeurs des glandes salivaires accessoires siégeaient au niveau du palais.

En Europe **Jegoux F [26]** a montré que les tumeurs bénignes des glandes salivaires sont en grande majorité des tumeurs de la glande parotide. Seuls les adénomes pléomorphes posent des problèmes de récurrence locale et d'éventuelle dégénérescence. Les adénomes pléomorphes ou tumeurs mixtes de la parotide sont les tumeurs parotidiennes les plus fréquentes. Elles représentent plus de 50% des tumeurs parotidiennes et 80% des tumeurs épithéliales bénignes. A l'histologie la coexistence d'éléments épithéliaux et mésenchymateux leur donne le nom de tumeur mixte. Elles s'observent à tout âge, avec un maximum de fréquence entre 30 et 60 ans.

Les autres tumeurs bénignes comme :

- le cystadénolymphome ou tumeur de Warthin, représente dans son étude 5 à 10% des tumeurs de la parotide. Il ne s'observe qu'au niveau de la glande parotide et peut être bilatéral. Apanage de l'homme de 40 à 60 ans, le cystadénolymphome est de siège généralement polaire inférieur ; sa consistance est molle et élastique, son évolution est lente.
- les adénomes monomorphes, ou adénome simple ont représenté 10 à 15% des tumeurs parotidiennes, les adénomes oxyphiles ou oncocytomes ont représenté 1% des tumeurs de la parotide.

Pour les tumeurs malignes, elles représentaient environ 8 à 18 % des tumeurs des glandes salivaires.

**Jegoux F [26]** a noté :

**Les tumeurs à malignité atténuée :**

Les carcinomes mucoépidermoïdes qui représentaient environ 45% de toutes les tumeurs malignes des glandes salivaires. Elles ont une évolution bénigne le plus souvent (grade I) mais parfois peuvent devenir infiltrantes et donner des métastases (grade II). Elles touchent hommes et femmes entre 20 et 60 ans.

Les tumeurs à cellules acineuses : représentaient environ 10% de toutes les tumeurs malignes des glandes salivaires. Elles sont plus fréquentes chez les femmes de la cinquantaine. Leur évolution est caractérisée par la survenue de métastases ganglionnaires à distance dans 5 à 10% des cas, avec une survie à 5 ans de 80%.

**Les tumeurs à forte malignité :**

Les adénocarcinomes représentaient environ 20% des tumeurs malignes des glandes salivaires. Ces tumeurs malignes s'observent à tout âge. La tuméfaction parotidienne augmente rapidement de volume, infiltrant toute la glande. Elle est souvent douloureuse. Elle peut s'accompagner d'adénopathies cervicales et d'une paralysie faciale.

Les carcinomes adénoïdes kystiques ou cylindromes : représentaient environ 10% des tumeurs malignes de toutes les glandes salivaires, et s'observent à tout âge, volontiers chez la femme. La gravité de cette tumeur provient de son potentiel de récurrence locale, de sa tendance à l'engainement périnerveux et de l'éventualité fréquente de métastases générales (pulmonaires, osseuses) parfois tardives (nombreuses années après traitement initial).

Les autres carcinomes : les carcinomes mucoépidermoïdes de forte malignité (grade III), les carcinomes épidermoïdes et indifférenciés représentant environ 5% de toutes les tumeurs malignes des glandes salivaires.

En Amérique du sud, **Frade Gonzalez C et al [6]** a montré dans son travail, que le lieu le plus fréquent a été la parotide, sans aucun cas dans la glande sublinguale. 52,5% sont des tumeurs bénignes (le plus fréquent étant l'adénome pléomorphe). Pour les tumeurs malignes, le carcinome épidermoïde prédomine. On note une prédominance des tumeurs bénignes chez les femmes et malignes chez les hommes, avec une différence significative.

Au **Mali**, malgré la faible taille de notre échantillon, nous semblons être en accord avec certains auteurs à travers le monde. Les tumeurs bénignes ont représenté 89,4% et les tumeurs malignes 10,6%. L'adénome pléomorphe avec 84,1% a été le type histologique le plus fréquent dans les différentes tranches d'âge avec une prédominance féminine, suivi de l'adénome canaliculaire 5,3%. L'adénome pléomorphe atteignait aussi bien la parotide et la glande sous maxillaire. L'adénome canaliculaire avec 5,3%, était au niveau de la glande sous maxillaire. Selon toutes localisations confondues, les tumeurs bénignes ont été les plus fréquentes. Leur fréquence était élevée dans la tranche d'âge de 16 à 31ans.

Les tumeurs malignes ont représenté 10,6%, le cylindrome 5,3% et l'adénocarcinome mucineux 5,3%. La moyenne d'âge était de 33 ans avec des limites d'âge allant de 18 à 48 ans. Nous avons retrouvé 10,6% de carcinome. Les tumeurs malignes survenaient aussi bien chez les adultes que les jeunes, et affectaient le plus souvent le sexe masculin.

Dans notre série, les autres glandes (sublinguales et accessoires) n'ont pas été représentées, ceci pourrait être expliqué par la faible taille de notre échantillon.

## CONCLUSION :

Les tumeurs des glandes salivaires constituent un problème de santé publique au Mali.

C'est une affection qui touche surtout les adultes sans distinction de sexe avec une moyenne d'âge de  $32,2 \pm 13,12$  ans.

L'enquête réalisée sur la fréquence de ces tumeurs a montré que les femmes étaient relativement plus nombreuses dans les consultations.

Le site topographique le plus fréquent des tumeurs demeure la parotide avec 13/19 cas soit 68,4%.

Les types histologiques sont divers avec une prédominance de l'adénome pléomorphe 84,1% pour les tumeurs bénignes; le cylindrome et l'adénocarcinome mucineux pour les cancers.

La fréquence des lésions ne varie pas statistiquement en fonction du caractère de la lésion au sexe ou de l'âge des patients.

La prise en charge des tumeurs salivaires est généralement chirurgicale.

La hantise de la malignité doit être un souci constant du praticien ORL ou maxillo-facial qui ne doivent cependant pas oublier dans ce cadre une approche pluridisciplinaire.

## **RECOMMANDATIONS :**

**Au terme de ce travail nous préconisons en l'endroit de :**

### **Nos autorités :**

- de lutter contre l'analphabétisme ainsi que pour une amélioration des conditions socioéconomiques des populations.
- de renforcer le plateau technique au niveau des structures hospitalières.
- d'encourager la formation et l'information des tradi-thérapeutes dans la prise en charge des patients.
- de démystifier de la pathologie au niveau des populations à travers la communication pour le changement de comportement (CCC).

### **Nos personnels de santé :**

- d'initier d'autres études sur un échantillon plus large afin d'avoir un meilleur aperçu de cette pathologie au Mali.
- d'améliorer les conditions de diagnostic en formant des spécialistes en ORL, en Odontostomatologie et en Anatomopathologie.

### **Nos populations :**

- Consulter précocement un agent de santé dès la survenue des signes d'appel de la pathologie.

## REFERENCES:

**[1] TRAN BA HUY P.**

Tumeurs de la glande parotide.

Edition marketing/ellipses, 32 rue Bargue, 75015, 1996, Paris, vol : 510, p : 37.

**[2] Wallace A.C, Mac Dougall J.T., Hildes J.A, Lederman J.M.**

Salivary gland tumors in Canadian Eskimos.

Cancer. Vol 16, issue 10, p1338-1353.Octobre 1963.

**[3] Gaillard J, Romanet P, Haguenaer J.P, Gignoux B.**

Tuméfactions parotidiennes (Etude de 500 observations). Place de la parotidectomie exploratrice.

J Fr otorhinolaryngol Audiophonol Chir Maxillo Fac .1979; 8: 531- 548.

**[4] Fontanel J.P, Poitout F. et Klossek J.**

Tumeurs des glandes salivaires.

Editions Techniques. Encycl. Med. Chir. (Paris-France), Oto-rhino-Laryngol 20-628-B-10, 1995, 10p.

**[5] Moatemri R., Belajouza H., Farroukh U., Ommezzine M., Slama A., Ayachi S. et al.**

Profil épidémiologique des Tumeurs des glandes salivaires dans un CHU Tunisien.

Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale .2008, 109(3) :148-152.

**[6] FRADE GONZALEZ C, LOZANO RAMIREZ A, GARCIA CABALLERO T, LABELLA CABALLERO T.**

Etude épidémiologique des tumeurs des glandes salivaires.

Revue de laryngologie, d'odontologie et de rhinologie.1999, 120(5) :331-336



**[7] Brocheriou C, Laudенbach P, Bakir A, Seghir M.**

Les tumeurs des glandes salivaires accessoires 116 cas.  
Arch Anatomo-path. 1975, 23, (2): 117-122.

**[8] Diombana M.L, Ag Mohamed A, Kussner H, Soumaré S, Pichard E., Penneau M.**

Fréquence des tumeurs des glandes salivaires dans le service de stomatologie de l'hôpital de Kati (Mali) : 60 cas.  
Médecine d'Afrique noire : 1996, 43(2) :87-90.

**[9] Lacour M, Diop L, Reynaud J.**

Tumeurs des glandes salivaires au Sénégal, aspects cliniques et thérapeutiques.  
A propos de 50 observations.  
Société Med d'Afr. Noire, Langue française, 1968, 13 : 61-64.

**[10] Diop EM.**

Tumeurs mixtes des glandes salivaires au Sénégal, aspects cliniques et thérapeutiques.  
A propos de 51 observations.  
Thèse de Méd. Dakar 1975, N°17.

**[11] Guilbert F, Maladière E.**

Tumeurs des glandes salivaires.  
Elsevier Masson. EMConsulte. Paris. 2000 ; 22-057-C-101, p : 13.

**[12] Bensadoun RJ, Allavena C, Chauvel P, Dassonville O, Demard F et al.**

Synthèse des Standards, options et recommandations 2003 pour la prise en charge des patients atteints de tumeurs malignes des glandes salivaires (lymphomes, sarcomes, et mélanomes exclus).

<http://www.fnclcc.fr/sor.htm>

[Sor@fnclcc.fr](mailto:Sor@fnclcc.fr). Mai 2003, p : 13-104.

**[13] Dechaume, Grellet M, Laudénbach P, Payen J.**

Précis de stomatologie.

Ed Masson. Paris. New York. Barcelone. Milan. 1980. pp. 93-94; 236-237.

**[14] WILK, KAHN JL.**

Pathologie des glandes salivaires.

Module de spécialité stomatologie, Chirurgie Maxillo-faciale et chirurgie Plastique réparatrice. 2007-2008, p : 1-2.

**[15] Vidailhet B, Robin O, Polo A, Bravettei P, Mahler P.**

Tête et cou. Imagerie des lithiases salivaires.

Elsevier EM/consulte. Paris-France. Stomatologie/ Odontologie. Janvier 2006, vol87, N°1, pp.9-15.

**[16] Stevens A, Lowe J.**

Histologie humaine.

Elsevier. 3ème éd. Dépôt légal : Juillet 2006, p : 215-216.

**[17] Réseau de santé en cancérologie de la région de Lorraine.**

Référentiels tumeurs des glandes salivaires.

Date de révision 23 septembre 2002.

**[18] PrepECN270 : Pathologie des glandes salivaires. Fiche des préparations aux ECN de médecine.**

www.prepecn.com/orl/item270/. 27 Décembre 2010, p: 8-9.

**[19] Item270. Pathologie des glandes salivaires. Objectifs pédagogiques.**

Diagnostic positif, Diagnostic différentiel, Diagnostic étiologique et conduite à tenir.

Université Médicale Virtuelle Francophone. Date de création du document 2008-2009.

**[20] Fontanel JP, Poitout F, Klossek JM.**

Tumeurs des glandes salivaires.

Editions scientifiques et Médicale Elsevier SAS. Service d'oto-rhinolaryngologie, hôpital Jean-Bernard, cité hospitalière La Milérierie, 355, avenue Jacques Cœur, 86021 Poitiers cedex France.1995, p : 1-27.

**[21] Boko E, Napo-Koura G, Kpemissi E, Boko-Bessi L.**

Tumeurs des glandes salivaires accessoires. Aspects épidémiologiques et anatomopathologiques au CHU de Lomé (Togo).

Revue de Laryngologie Otologie Rhinologie.2004 ; 124 : 233-237.

**[22] Ouoba K, Dao M, Sano D, et al.**

Les cancers ORL et cervico-faciaux au Burkina Faso :

Epidémiologie, Problèmes de diagnostic et de prise en charge à propos de 217 cas. Laboratoire d'anatomie et de cytologie Pathologique, CHU de Ouagadougou.

Médecine d'Afrique Noire : 1997, 44 (8/9) :452-456.

**[23] Beltaief N, Tababi S, Atallah S, et al.**

Les tumeurs malignes de la parotide.

Service d'ORL La RABTA-Tunis.

J. TUN ORL. 2007,18 :25-28 .

**[24] Altabaa K. Pathologie des glandes salivaires.**

[www.laconferencehippocrate.com](http://www.laconferencehippocrate.com)

Laboratoires Servier.2003-2005.

**[25] Chossegros C, Guyot L, Cheynet F, Bellot-Samson V, Blanc JL, Disdier P.**

Maladies et grands symptômes: Pathologie des glandes salivaires (270).

DCEM3- Module pluridisciplinaire n°13, Stomatologie. Faculté de Médecine de Marseille. Février 2006, p : 1-25.

**[26] Jegoux F. Pathologie des glandes salivaires.**

[Franck.jegoux@chu-rennes.fr](mailto:Franck.jegoux@chu-rennes.fr)

Actualisation du 04 décembre 2007.

**FICHE D'ENQUETE**  
**RECUEIL DE DONNEES SUR LES TUMEURS DES GLANDES**  
**SALIVAIRES :**

1. Année du diagnostic
2. Numéro de la fiche
3. Nom et prénom
4. Age
5. Sexe
6. Ethnie
7. Résidence
8. Profession
9. Délai de consultation : < 3 mois ; 3-6 mois ; > 6 mois ; > 12 mois.
10. Motifs de consultation : PFP ; masse cervicale ; adénopathie cervicale ; autres.
11. Signes physiques : taille ; consistance ; douleur ; PFP ; adénopathie cervicale : site, taille, peau en regard.
12. Examens paracliniques
  - 12.1. Examens biologiques

Si oui citez

Quels résultats?

12.2. Imagerie

Si oui citez

Quels résultats?

13. Sièges du prélèvement

14. Résultats histopathologiques.

## FICHE SIGNALITIQUE

**Nom :** Traoré

**Prénoms :** Yaya Tiémokoba

Titre de la thèse :

**TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES :**

**Etude anatomoclinique sur 19 cas colligés à l'INRSP de Bamako. Mali.**

**Année universitaire :** 2010 – 2011

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS).

**Centre d'intérêt :** ORL, Anatomopathologie, Odontostomatologie.

### RESUME :

Dans une approche rétrospective nous avons colligé 19 dossiers d'examens anatomopathologiques réalisés à l'INRSP de Bamako provenant d'exérèse chirurgicale de tumeurs salivaires reçues dans le service ORL du CHU-GT.

L'étude de ces dossiers a mis en évidence l'existence de cette affection chez des adultes jeunes (52,6% entre 16-31 ans) le plus souvent de sexe féminin (68%).

Le site topographique lésionnel le plus fréquent a été la parotide (68%) et accessoirement la sous-maxillaire avec plus souvent une tumeur bénigne (32%).

Parmi ces tumeurs bénignes l'adénome pléomorphe a été largement prévalent (84,1%).

Les tumeurs malignes ont été rares pendant la période d'étude (10,6%) avec deux types : le carcinome adénoïde kystique et l'adénocarcinome mucineux.

Cette étude soulève l'intérêt d'une prise en charge chirurgicale précoce de ces tumeurs salivaires d'autant que cela est gage d'obtention d'un résultat histopathologique fiable et d'une guérison définitive le plus souvent.

**Mots clés :** Tumeurs, glandes salivaires.

### ***Serment d' Hippocrate***

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

**Je le jure !**