



**MINISTRE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**



**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTOSTOMATOLOGIE
(FMOS)**



**UNIVERSITE DES SCIENCES,
DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE
BAMAKO (USTTB)**

Année universitaire 2019-2020

N° :

MEMOIRE



ADENOME PLEOMORPHE DES GLANDES SALIVAIRES : A PROPOS DE DEUX CAS DE LOCALISATIONS EXTRA PAROTIDIENNES (GLANDE SUBMANDIBULAIRE ET PALAIS MOU)



Présenté le 31 / 03 / 2021

Par **Docteur Abdoulaye dit Modibo GANABA**

Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S) d'Otorhinolaryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale (ORL-CCF)

Jury

Président : Pr Cheick Bougady TRAORE

Membre : Pr Hamady TRAORE

Co-directeur de mémoire : Dr Fatogoma Issa KONE

Directeur de mémoire : Pr Mohamed Amadou KEITA

Remerciements

A notre maître, Professeur KEITA Mohamed Amadou, coordinateur du D.E.S ORL-CCF, chef de service ORL et chef du département de chirurgie de l'hôpital Gabriel TOURE pour l'enseignement reçu et pour son engagement inconditionnel au profit de l'ORL-CCF au Mali, voire dans la sous-région et au-delà.

A notre maître, Professeur TRAORE Cheick Bougadary, nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant d'assurer la présidence de ce jury de mémoire. Votre culture scientifique et votre simplicité exemplaire sont pour nous une source d'inspiration. Permettez-nous de vous exprimer, cher maître, notre profonde gratitude et notre grande estime.

A notre maître, Professeur TRAORE Hamady, vous nous faites un grand honneur d'accepter de prendre part au jugement de ce travail. Votre courage, votre abord facile et votre savoir-faire, font de vous un maître admiré et respecté. Veuillez accepter, cher Maître, nos sincères remerciements.

Un remerciement particulier à Docteur KONE Fatogoma Issa. Cher maître, nous avons apprécié votre engagement et votre détermination dans la formation des D.E.S ORL-CCF. Vous nous avez donné l'occasion de découvrir un modèle de maître auquel tout étudiant aimerait ressembler. Merci pour l'enseignement que nous avons reçu de vous.

A tous les enseignants et les membres du comité pédagogique du D.E.S ORL-CCF du Mali, pour leur disponibilité et la promptitude avec laquelle ils nous ont enseigné.

A tous les médecins en spécialisation ORL-CCF, le personnel du service ORL-CCF et tous les autres services de l'hôpital Gabriel TOURE pour leurs collaborations et leurs soutiens.

A ma famille, mes amis et collaborateurs, ainsi qu'à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail. Trouvez ici le témoignage de ma profonde gratitude.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES :

Tableaux 1 : comparaison des aspects cliniques de l'adénome pléomorphe des glandes salivaires accessoires observés dans la littérature avec notre cas.

Figure 1 : Structure histologique des différents types d'acini et canaux glandulaires

Figure 2 : Anatomie des glandes salivaires principales

Figure 3 : Vue latérale schématique des glandes salivaires et des canaux du côté gauche

Figure 4 : image de la tuméfaction sous angulo-mandulaire

Figure 5 : image de la pièce opératoire après exérèse complète

Figure 6 : état de la loge submandibulaire après exérèse de la masse

Figure 7 (A et B) : images histologiques de la pièce opératoire

Figure 8 : tuméfaction du palais mou obstruant partiellement l'oropharynx

Figure 9 : tomodensitométrie en coupes sagittale (A) et axiale (B) montrant une masse de l'oropharynx qui est développée aux dépens du palais mou

Figure 10 : image de la masse après exérèse complète

Figure 11 : état de la muqueuse du palais mou, une semaine (A) et un mois (B) après la chirurgie.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS :

AP : adénome pléomorphe

CCF : chirurgie cervico-faciale

CHU : centre hospitalier universitaire

D.E.S : Diplôme d'Etudes Spécialisés.

EMC : encyclopédie médico-chirurgicale.

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

IRM : imagerie par résonance magnétique.

MALT: mucosa associated lymphoid tissue.

TDM : tomodensitométrie.

ORL : otorhinolaryngologie

SOMMAIRE :

| | | |
|-------------|--------------------------------|-----------|
| I. | Introduction..... | 1 |
| II. | Objectifs..... | 2 |
| III. | Rappels..... | 3 |
| | 1. Embryologie..... | 3 |
| | 2. Histologie..... | 3 |
| | 3. Anatomie..... | 6 |
| | 4. Physiologie..... | 10 |
| | 5. Anatomopathologie..... | 12 |
| IV. | Observation | 13 |
| V. | Discussion..... | 21 |
| | 1. Epidémiologie..... | 21 |
| | 2. Clinique..... | 22 |
| | 3. Paraclinique..... | 24 |
| | 4. Traitement..... | 28 |
| | 5. Evolution et pronostic..... | 30 |
| | Conclusion..... | 32 |
| | Références..... | 33 |



INTRODUCTION



I. Introduction :

L'adénome pléomorphe anciennement appelé tumeur mixte se définit comme une tumeur bénigne hétérogène composé de cellules épithéliales et myoépithéliales au sein d'un stroma plus ou moins abondant, myxoïde et/ou chondroïde des glandes salivaires [1,2].

C'est la tumeur bénigne, la plus fréquente de la glande parotide (65%). Ses localisations extra-parotidiennes sont rares. Elles se distinguent de la parotide par leurs caractéristiques cliniques (lésion à croissance lente se présentant sous forme d'un nodule bien limité, ferme et indolore à la palpation), histologiques et thérapeutiques. Elles sont réparties entre la glande submandibulaire (8%), la glande sublinguale et les glandes salivaires accessoires (4-6%) [3,4].

La prédominance de l'adénome pléomorphe en dehors des glandes salivaires principales au niveau du palais peut s'expliquer par sa grande concentration en glandes salivaires accessoires (environ 50% des glandes salivaires accessoires) ; ensuite viennent les autres localisations avec, par ordre de fréquence : les lèvres, la cavité buccale (la muqueuse jugale, la langue, le plancher buccal, les amygdales, le pharynx, la région retromolaire) et les fosses nasales [3,4].

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

L'évolution peut se faire sur plusieurs mois, voire plusieurs années avec un risque de transformation maligne d'environ 6% [4]. Le diagnostic repose sur l'histoire, l'examen clinique et l'anatomopathologie ; l'imagerie intervient dans le bilan pré-thérapeutique [5]. Le traitement chirurgical avec des marges d'exérèse saines permet d'éviter les récurrences [4].



OBJECTIFS



II. Objectifs :

Nos objectifs étaient :

- D'illustrer les particularités diagnostiques et thérapeutiques de l'adénome pléomorphe extra-parotidien à travers deux observations cliniques et ;
- D'en faire une analyse comparative avec la littérature.



RAPPELS



III. 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 [1].

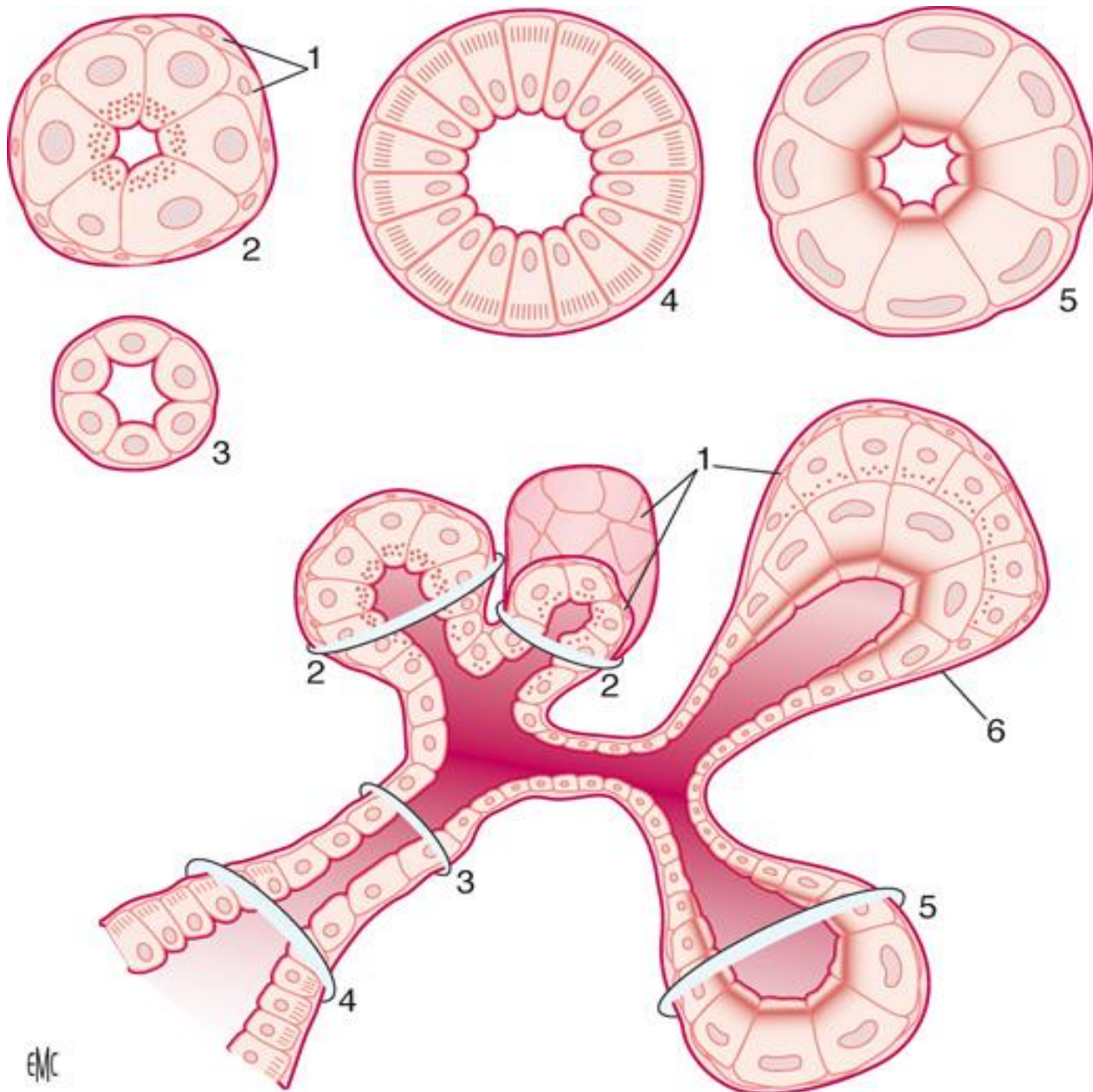
1. Embryologie :

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 [6].

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 tubuloacineuse 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. Il existe plusieurs types d'acini en fonction de leur produit de sécrétion et leur morphologie observée en microscopie : l'acinus séreux qui est constitué de cellules séreuses basophiles de forme sphérique, possédant un gros noyau situé au pôle basal, lieu de synthèse des enzymes salivaires, ainsi qu'une lumière très étroite ; l'acinus muqueux qui est constitué de cellules muqueuses acidophiles d'aspect tubulaire est plus allongé que les acini séreux et possède une lumière plus large, bordée par des cellules muqueuses prismatiques basses qui reposent

sur la basale et sur les cellules myoépithéliales et L'acinus mixte qui réunit des cellules séreuses et muqueuses avec un tube dont la lumière est entièrement bordée de cellules muqueuses. 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 intralobulaires pour le lobule, les canaux interlobulaires, puis le canal collecteur [7].



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

Figure 1 : Structure histologique des différents types d'acini et canaux glandulaires (Devoize et coll, 2010).

3. Anatomie :

3.1. La glande submandibulaire : [1]

La région submandibulaire ou suprahyoïdienne latérale est située au-dessous du plancher de la cavité orale et contient la glande submandibulaire. Elle a une forme de triangle avec une paroi médiale, une paroi latéro-supérieure et une paroi latéro-inférieure, voie d'exploration clinique et d'abord chirurgical de la glande. La paroi latéro-inférieure est constituée de dehors en dedans de la peau, du platysma, du tissu cellulaire sous-cutané et de la lame superficielle du fascia cervical qui adhère au bord inférieur de la mandibule. La paroi médiale de la région submandibulaire est divisée en deux parties par l'os hyoïde : une partie supérieure formée de deux plans musculaires entre lesquels cheminent le nerf hypoglosse, la veine linguale principale et des nœuds lymphatiques ; et une partie inférieure constituée par les muscles infrahyoïdiens (thyrohyoïdien, sternohyoïdien et omohyoïdien). La paroi latérosupérieure de la région submandibulaire permet l'exploration de la glande submandibulaire par un toucher endobuccal. La glande submandibulaire de forme ovale mesurant 2,5 cm sur 1,5 cm et pesant en moyenne 7 grammes avec une couleur légèrement rosée et une consistance ferme est recouverte d'une capsule fibreuse adhérente. Elle épouse la forme des trois parois de la région submandibulaire. Elle peut présenter, comme la glande parotide, des prolongements dans les diverses directions de parois de la région. Son canal excréteur est le conduit submandibulaire, naissant de la face profonde de la glande puis passant entre les muscles mylohyoïdien et hyoglosse pour gagner en avant la région sublinguale et se terminer dans le plancher de la cavité orale en dehors du frein de la langue.

La vascularisation de la glande submandibulaire vient de l'artère faciale et de l'artère sous-mentale (collatérale de l'artère faciale qui naît dans la glande submandibulaire). Les veines de cette glande se jettent dans la veine faciale, ses

lymphatiques se drainent aux ganglions sous-maxillaires et ceux de la chaîne jugulaire interne [7].

L'innervation provient essentiellement du nerf lingual (branche du nerf facial par l'intermédiaire de la corde du tympan) [8].

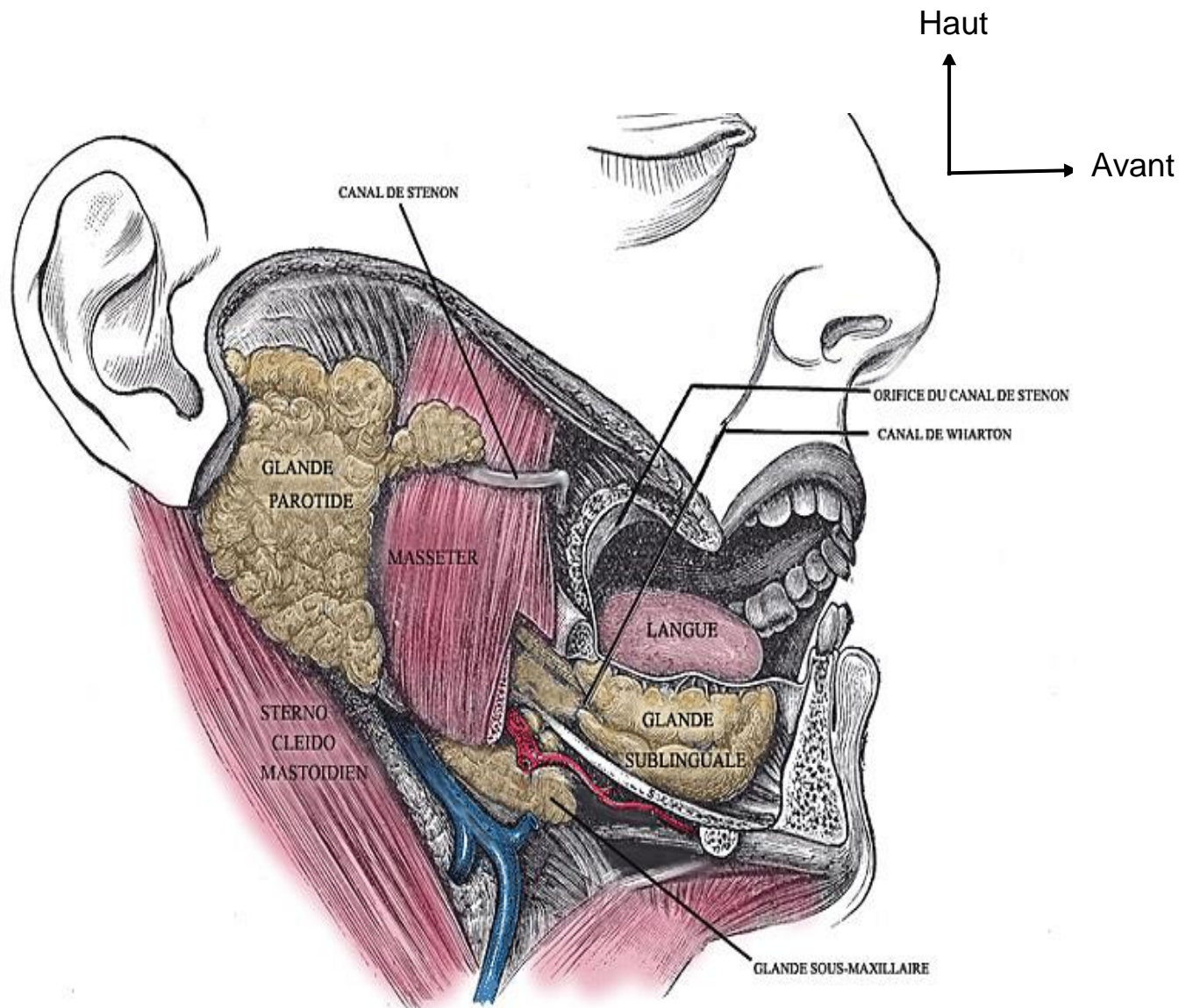
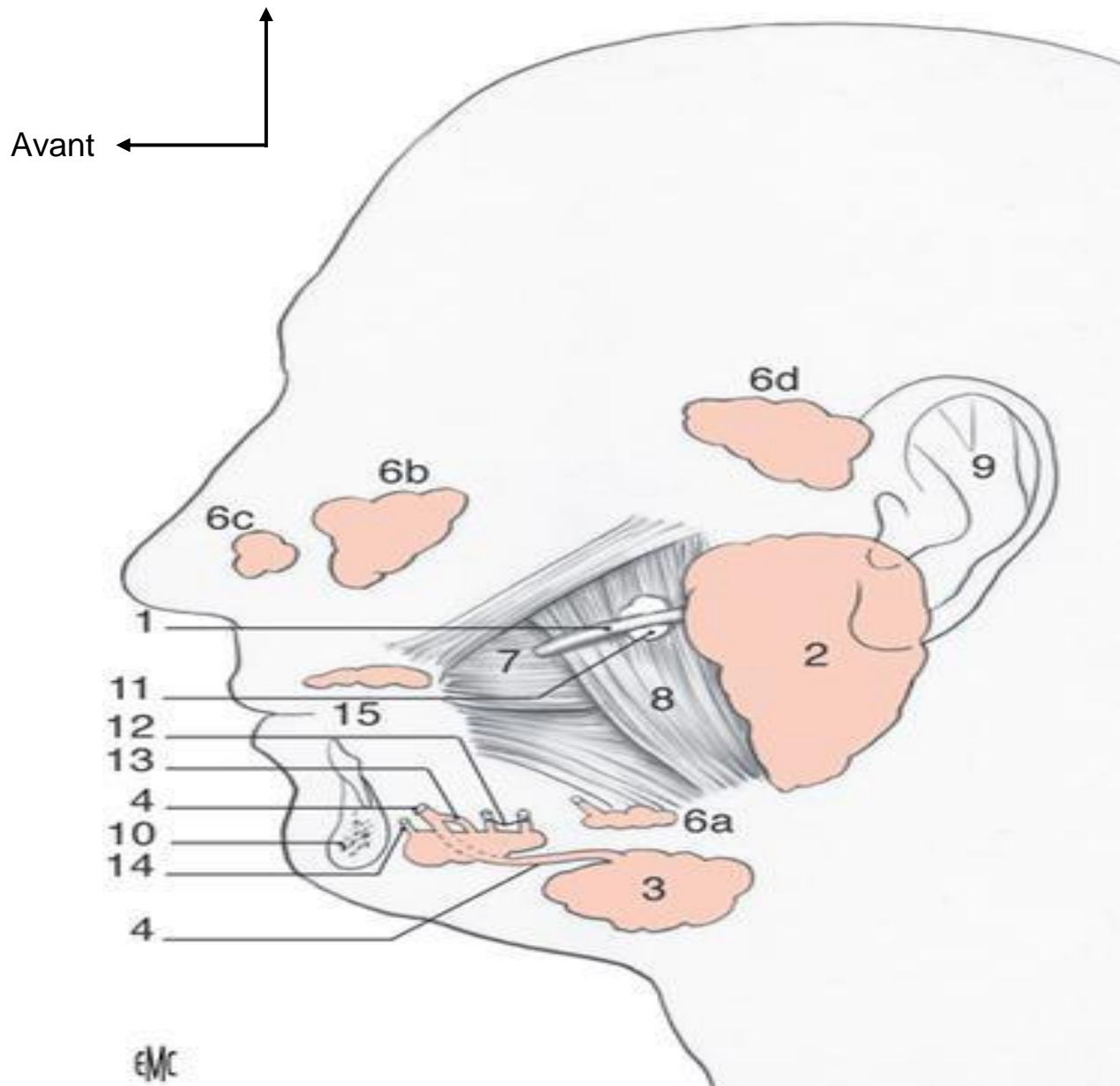


Figure 2 : Anatomie des glandes salivaires principales (D'après Henry Gray 1821-1865. Anatomy of the Human Body 1918)

3.2. Les glandes salivaires accessoires : [6]

Les glandes salivaires accessoires ou mineures sont très nombreuses et disséminées sur toute la surface de la muqueuse buccale, excepté au niveau des gencives, du vermillon des lèvres et de la partie antérieure du palais osseux. Il s'agit de petites formations glandulaires muqueuses et plus rarement séreuses de 1 à 2

mm de diamètre, qui se drainent dans la muqueuse buccale par des orifices microscopiques, elles sont constituées d'amas cellulaires, leurs existences et leurs situations sont variables en fonction des individus. 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. Ces glandes labiales, jugales, palatines, vélares, linguales, dorsales ou marginales secrètent une quantité de salive négligeable par rapport au volume total salivaire. Les glandes qui entourent l'ostium de Sténon sont dites glandes molaires, les glandes linguales sont dites glandes (Haut) de Von Ebner (séreuses) et les glandes marginales de Weber.



1.Canal parotidien, 2.Glande parotide, 3.Glande sub-mandibulaire, 4.Canal de Wharton, 5.Glande sublinguale, 6.Glandes salivaires accessoires : buccales (a),

palatines (b), nasales (c), nasopharyngées (d), 7.Muscle buccinateur, 8.Muscle masséter, 9.Auricule de l'oreille, 10.Mandibule, 11.Glande salivaire accessoire et canal se jetant dans le canal parotidien, 12.Canal sublingual postérieur, 13.Canal sublingual, 14.Canal sublingual antérieur, 15.Cavité buccale.

Figure 3 : Vue latérale schématique des glandes salivaires et des canaux du côté gauche (Katz, 2006)

4. Rappel physiologique : [7]

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). L'essentiel des composants organiques de la salive est représenté par deux catégories de protéines :

- Les protéines extrinsèques issues du sérum sont représentées par des albumines sériques, des immunoglobulines de type IgA, IgG, IgM et des alphas et bêta globulines, des calprotectines ou d'autres protéines du système immunitaire.
- Les protéines intrinsèques sont synthétisées par les glandes salivaires elles-mêmes et sont très nombreuses : les enzymes salivaires (l'amylase salivaire représente 30% des protéines salivaires totales, La lipase salivaire produite au niveau des glandes sublinguales, les lysozymes, les lactoperoxydases, les kallikréines, collagénases d'origine tissulaire, gélatinases, peroxydases, élastases, protéases, lipases, cholinestérases et ribonucléases) ; Les Mucines (16% du total des protéines présentes dans la salive mixte) ; les protéines riches en proline ; les lactoferrines ; les histatines ; les stathérines ;

les cystatines ; les défensines ; les glycoprotéines marqueurs du groupe sanguin ; les immunoglobulines sécrétées synthétisée pour la plus part au niveau du système MALT (mucosa associated lymphoid tissue)..

Les constituants inorganiques de la salive sont les ions sodium, potassium, calcium, hydrogènes, chlorures, phosphates, bicarbonates, thiocyanates, des halogènes (iode, fluor) et des métaux (cuivre, fer).

La salive est formée de différentes phases : une phase liquide, une phase gazeuse et une phase de gel. Une des caractéristiques de ce gel est la perméabilité aux macromolécules de grande taille. Ses propriétés sont surtout attribuées aux liaisons intermoléculaires des mucines de haut poids moléculaire : interaction de type hydrophobe. Ce gel présent sur toutes les surfaces orales, est organisé en réseau continu semblable à une charpente.

Les variations quantitatives et qualitatives du fluide salivaire vont lui attribuer 4 fonctions principales : digestives, protectrices, excrétrices et endocriniennes. Ces différentes fonctions et régulations subissent, au cours de la sénescence des remaniements, comme la diminution en protéines salivaires (mucines), d'ions sodium et chlorure, qui ont une influence non négligeable sur la physiologie salivaire et orofaciale.

5. Anatomicopathologie : [1]

L'adénome pléomorphe est une tumeur à croissance lente et caractérisée sur le plan microscopique plus par son architecture que par son pléomorphisme cellulaire. Il est composé de cellules épithéliales et myoépithéliales au sein d'un stroma plus ou moins abondant, myxoïde et/ou chondroïde. Ces deux variétés de cellules présentes dans l'adénome expliquent le nom donné à cette tumeur. La capsule de l'adénome pléomorphe, composée d'une couche de tissu fibreux, présente une épaisseur variable, voire être localement absente. Les cellules épithéliales sont disposées en lobules pleins et groupés autour de cavités glandulaires. Les cellules myoépithéliales sont parfois éparses ou disposées en nappe dans le stroma. Une métaplasie est présente dans 25 % des cas. Une sous-classification des adénomes pléomorphes en fonction de leur richesse cellulaire au sein de leur stroma a été

évoquée suggérant que le risque de transformation maligne était important dans les tumeurs à forte composante cellulaire et faible dans l'autre cas. Trois sous-types ont été isolés : les adénomes pléomorphes hypocellulaires, hypercellulaires et classiques. Néanmoins, il existe au sein d'une même tumeur des variations importantes de cette proportion d'éléments cellulaires, rendant cette sous-classification difficile à exploiter. Certains adénomes pléomorphes sont diffluent et peuvent ainsi être rompus lors de leur exérèse. Une importante caractéristique des adénomes pléomorphes est la présence de pseudopodes et de nodules satellites dont la fréquence varie en fonction du sous-type cellulaire. Des anomalies cytonucléaires ont été rapportées dans 30 à 60% des adénomes pléomorphes. Très exceptionnellement, un adénome pléomorphe apparemment typique peut donner des métastases ayant l'apparence histologique semblable à la tumeur primitive.



OBSERVATION



IV. Observation :

Sur 54 tumeurs de la tête et du cou prises en charge dans le service ORL du CHU Gabriel Touré au cours de l'année 2020, 05 étaient localisées au niveau des glandes salivaires, soit 9,26%.

Observation 1 :

Il s'agissait de H.T, âgée de 18 ans, de sexe féminin, qui nous a consulté pour une tuméfaction indolore de la région sous angulo-mandibulaire droite. Cette tuméfaction était d'installation progressive depuis 2 ans et elle évoluait de manière croissante. Il n'y avait pas de notion de fièvre, pas de dyspnée, pas de dysphagie, pas de dysphonie, pas d'hyposialorrhée, ni de sécheresse buccale. Ceci a motivé des traitements traditionnels non spécifiés sans succès. Il n'a pas été retrouvé d'antécédents médico-chirurgicaux particuliers. L'examen physique ORL a retrouvé une tuméfaction de la région sous angulo-mandibulaire droite, de consistance ferme, non douloureuse à la palpation, mobile par rapport aux deux plans (superficiel et profond), ne débordant pas le rebord mandibulaire, de contours irréguliers, non battante, non soufflante à l'auscultation. Elle mesurait 6X4 cm et la peau de recouvrement était d'aspect normal. Il n'y avait pas d'adénopathie palpable et il n'y avait pas de signe d'atteinte des paires crâniennes. Les canaux de Wharton et de Sténon, ainsi que les muqueuses buccale et oropharyngée étaient d'aspect normal. Une échographie de la région latéro-cervicale a mis en évidence une masse tissulaire, hypo-échogène, ovalaire, de contours réguliers, évaluée à 174cc environs peu douloureuse au passage de la sonde qui semblait en rapport avec un processus lymphomateux. L'exploration des structures vasculaires et musculaires adjacentes n'avait pas objectivé d'anomalie notable. Après un bilan préopératoire qui est revenu sans particularité, nous avons procédé à une sous maxillectomie totale dont les suites opératoires ont été simples. L'examen histologique de la pièce opératoire a objectivé une prolifération tumorale encapsulée présentant un double contingent : un contingent conjonctif fait cellules fusiformes sans atypie cytonucléaire et un contingent épithélial fait de tubes et de travées de cellules cubiques sans atypies cytonucléaires. Le stroma était chondro-myoïde. Nous

avons conclu à un adénome pléomorphe de la glande submandibulaire. Une surveillance au bout de six mois n'a détecté aucune récurrence.



Figure 4 : image de la tuméfaction sous angulo-mandulaire

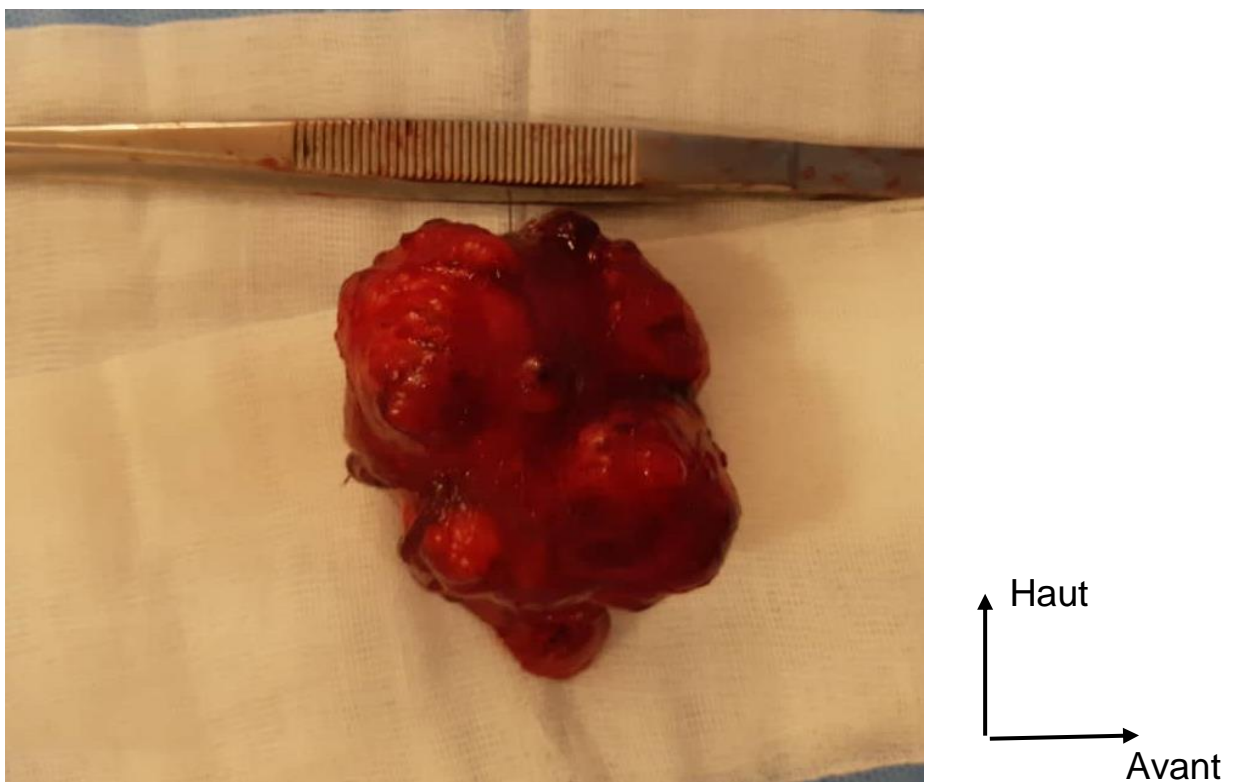


Figure 5 : image de la pièce opératoire après exérèse complète

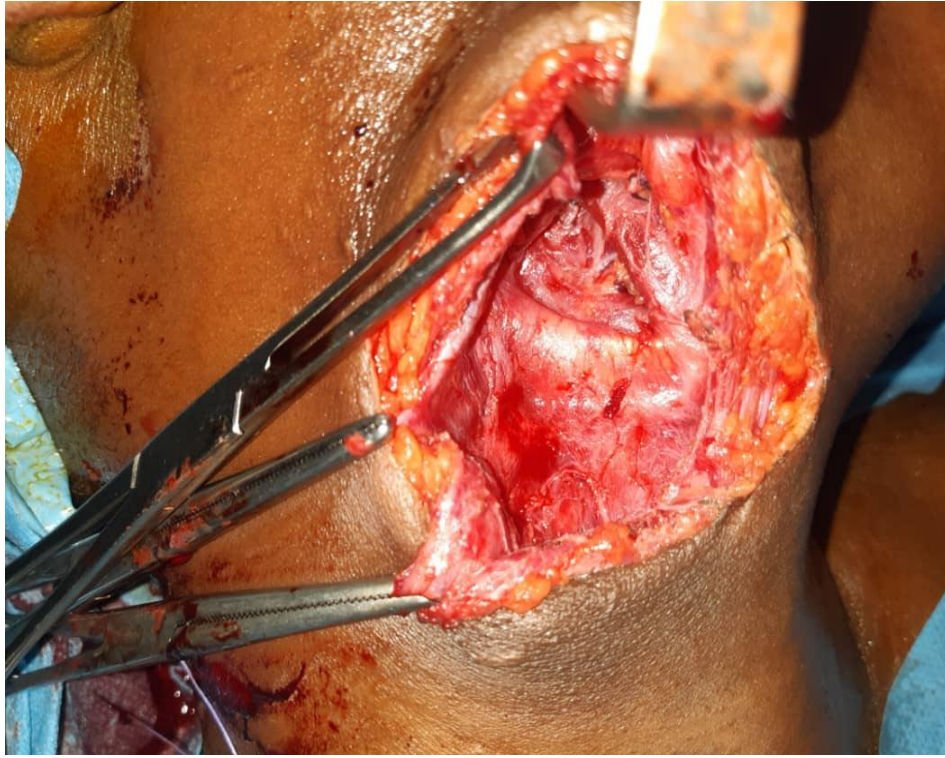


Figure 6 : état de la loge submandibulaire après exérèse de la masse

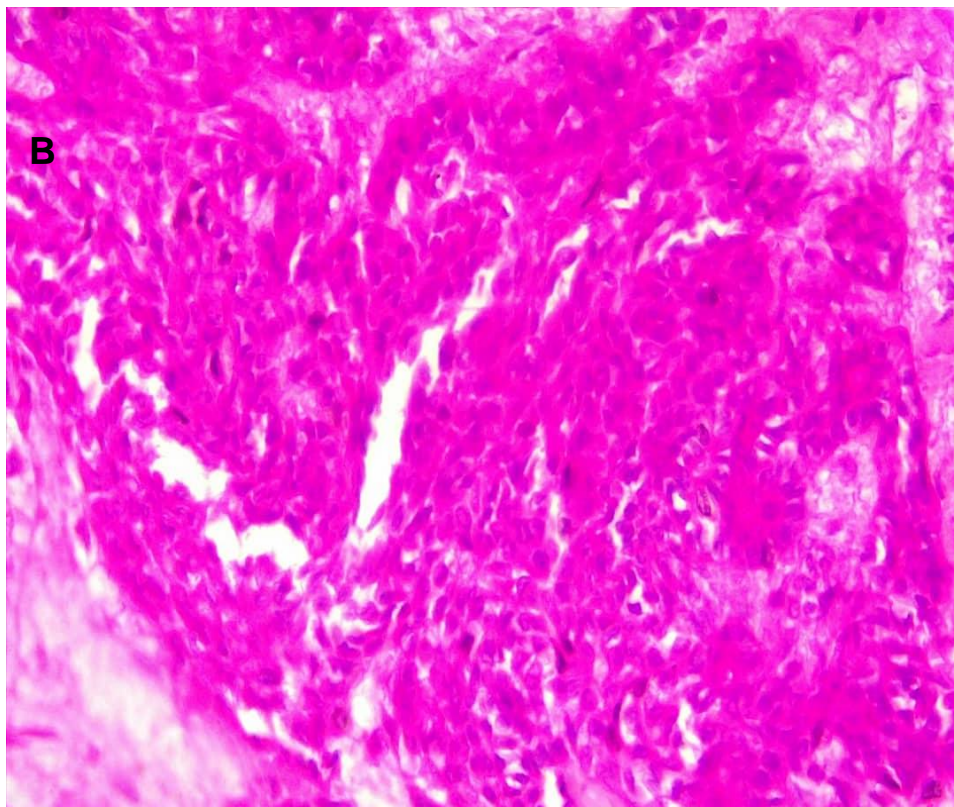
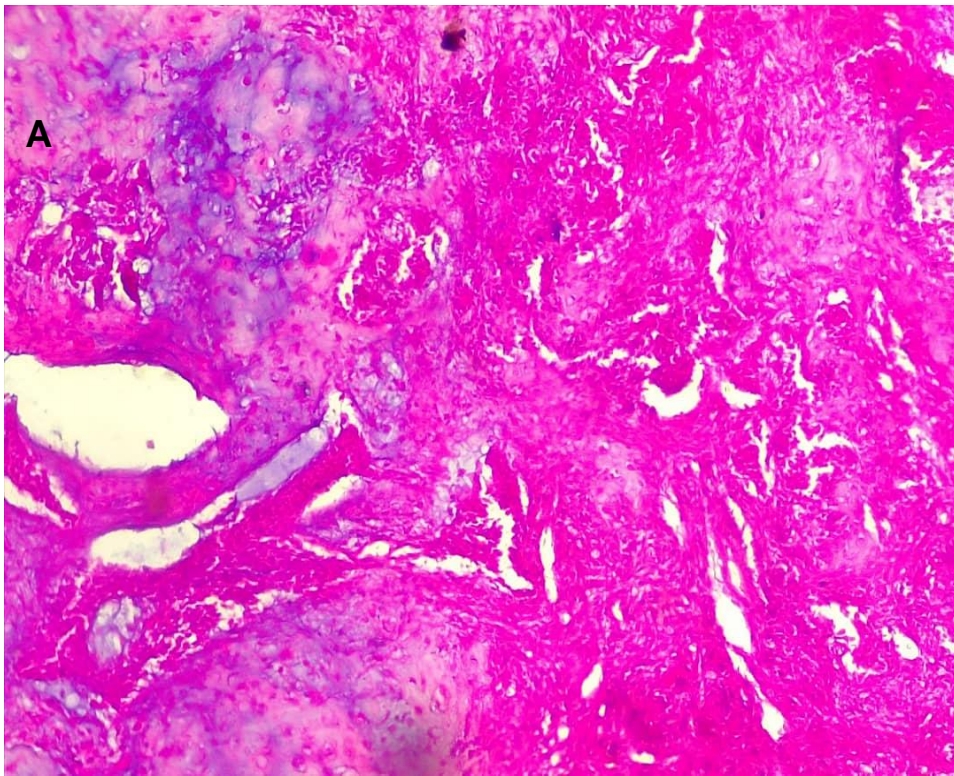


Figure 7 : images histologiques de la pièce opératoire. Grossissement x10 (**A**) et grossissement x40 (**B**).

Observation 2 :

A.C, sexe masculin, âgé de 47 ans, boucher de profession. Il nous a consulté pour une tuméfaction du palais mou et une dyspnée intermittente. L'anamnèse a retrouvé une tuméfaction du palais évoluant depuis deux ans. Elle était indolore et d'installation progressive. La tuméfaction est survenue dans un contexte apyrétique. L'évolution fut marquée, à 3 mois de son admission, par l'installation d'une dyspnée inspiratoire haute d'évolution intermittente, une dysphagie aux solides et une rhinolalie fermée. Le patient était sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers connus. L'examen physique ORL a retrouvé une masse arrondie de consistance ferme, mesurant environ 5x3 cm, recouverte d'une muqueuse normale, développée aux dépens du palais mou gauche, ne laissant entrevoir les autres structures de l'oropharynx à savoir : la luette, les loges amygdaliennes et la paroi postérieure pharyngée. L'examen des aires ganglionnaires était sans particularité. Une tomodensitométrie maxillo-faciale avait objectivé un processus expansif tissulaire discrètement hétérogène, ovalaire et bien limité développée aux dépens du palais mou par un pédicule avec un comblement partiel de la lumière oropharyngée. Nous avons procédé à une exérèse complète de la masse sous anesthésie générale par voie endobuccale. Après une incision horizontale d'environ 4 cm sur la muqueuse du palais mou et le repérage du plan de clivage, la masse a pu être extraite de manière complète, emportant la muqueuse de couverture et sans rupture capsulaire. Une antibiothérapie à base d'association Amoxicilline-Acide clavulanique (3 grammes par jours pendant 3 jours) a été mise en route. Les suites opératoires ont été simples. L'examen histopathologique de pièce opératoire a objectivé une prolifération tumorale faite de travées de cellules épithéliales séparées par un stroma conjonctif lâche chondro-myxoïde et recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié. Le patient a été revu six mois après pour un contrôle au cours de laquelle les différentes structures de l'oropharynx étaient bien en place. Aucune récidivé n'a été signalée.

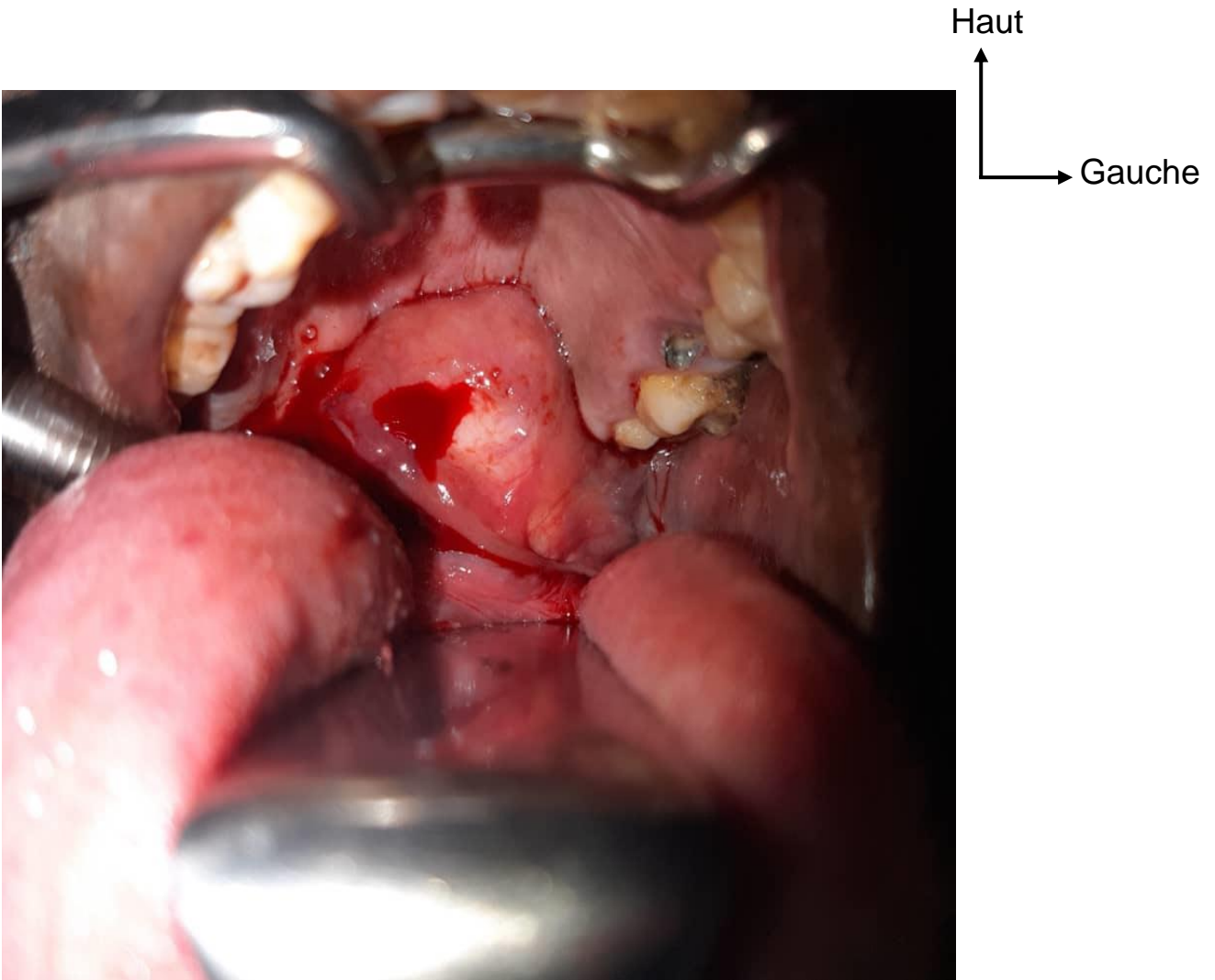


Figure 8 : tuméfaction du palais mou obstruant partiellement l'oropharynx

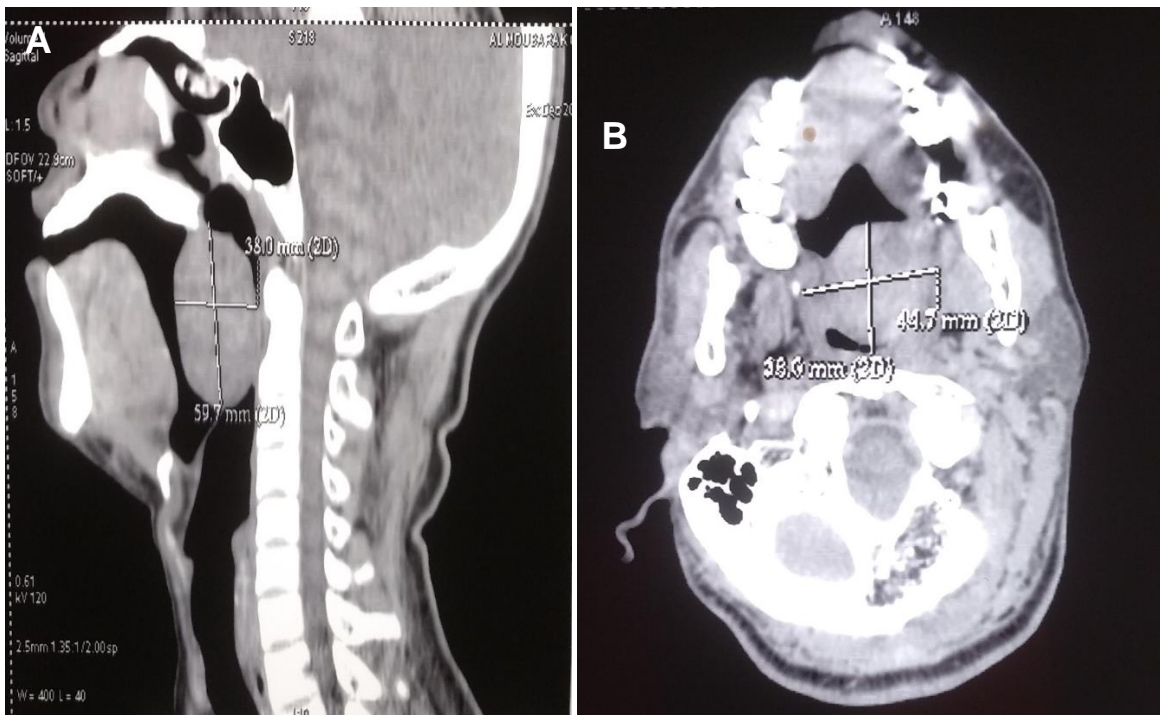


Figure 9 : tomodensitométrie en coupes sagittale (A) et axiale (B) montrant une masse de l'oropharynx qui est développée aux dépens du palais mou



Figure 10 : image de la masse après exérèse complète

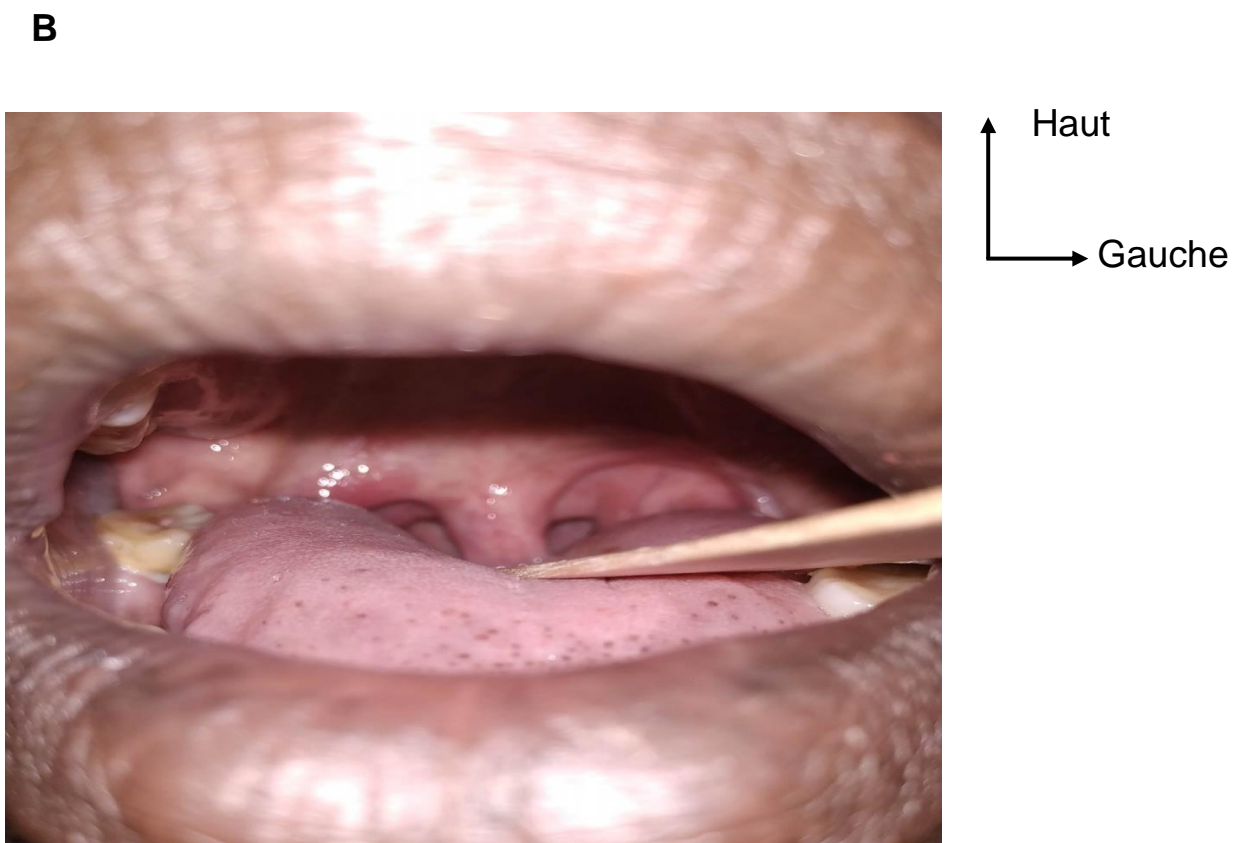
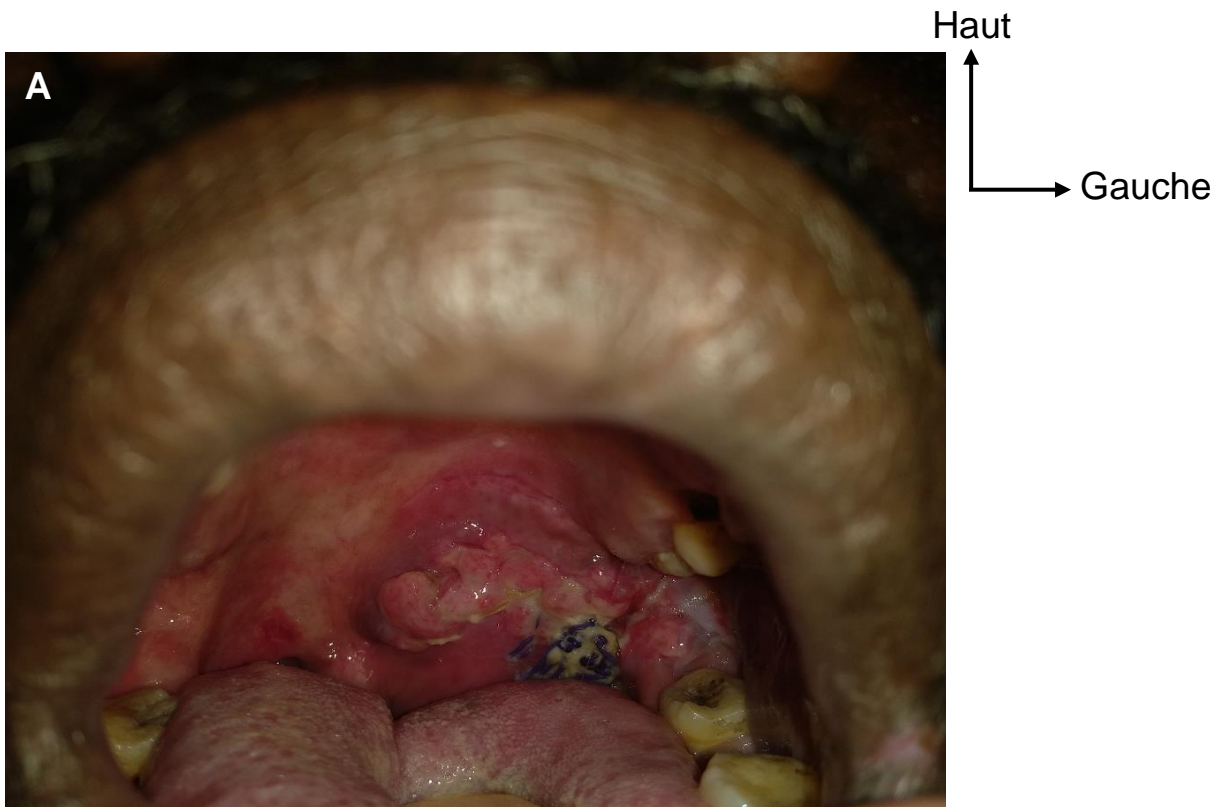


Figure 11 : état de la muqueuse du palais mou, une semaine (A) et un mois (B) après la chirurgie.



DISCUSSION



V. Discussion :

1. Epidémiologie :

Les tumeurs des glandes salivaires sont rares. Ils 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% ; parmi lesquels 84% surviennent au sein de la parotide, 8% au sein de la glande submandibulaire et 4-6% au niveau des glandes salivaires accessoires [4]. 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 [9]. 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) [2] ; suivit de la lèvre supérieure et la muqueuse buccale. Les sites inhabituels sont les sinus, le larynx, l'épiglotte et la trachée. D'autres localisations comme la langue, la luette et même le conduit auditif externe ont été décrits [4]. C'est la tumeur salivaire la plus fréquente chez l'enfant et l'adolescent. L'âge moyen de découverte des adénomes pléomorphes varie entre 36 et 47ans avec une prédominance féminine [10]. Chez nos deux patients, la tumeur était de développement extra-parotidien, notamment la glande submandibulaire et le palais mou avec une distribution égale entre les deux sexes. L'âge de nos patients était respectivement de 18 et 47 ans.

2. Clinique :

L'adénome pléomorphe, ou tumeur mixte, est une tumeur bénigne à croissance lente et est souvent découverte après quelques années d'évolution sous forme d'une tuméfaction isolée de la région intéressée [11]. Le délai de consultation est extrêmement variable ; chez nos deux patients, le délai de consultation était de deux ans, ceci pourrait expliquer par le fait que les patients ont d'abord effectué des traitements traditionnels avant de consulter dans leurs centres de santé ou il n'y a généralement pas de spécialiste. Dans une étude réalisée à Taiwan entre 1998 et 2009 et portant 37 patients, le délai de consultation moyen était de six mois avec

des extrêmes allant d'un mois à dix ans [12]. La symptomatologie clinique dépend de la taille et de la localisation tumorale.

L'expression clinique la plus fréquente de l'adénome pléomorphe de la glande submandibulaire est celle d'une tuméfaction isolée, ferme, indolore et lentement évolutive située en regard de la région sous-mandibulaire [1]. La palpation bidigitale permet de mieux apprécier les caractéristiques de la tumeur (sa localisation exacte, sa taille, sa consistance ainsi que son éventuelle adhérence à la peau ou au plan profond) [1,13]. Chez notre patiente, l'examen physique a retrouvé une masse sous angulo-mandibulaire droite mesurant 6X4 cm, de consistance ferme, indolore à la palpation, mobile par rapport aux deux plans (superficiel et profond) avec une peau en regard d'aspect normal. Il n'a pas été retrouvé de signe en faveur d'une malignité notamment la douleur, l'atteinte nerveuse, la fixité. Certains cas d'adénomes pléomorphes submandibulaires peuvent se manifester par des signes de compression comme la douleur.

Les tumeurs salivaires du palais sont caractérisées par la discrétion des signes fonctionnels : faible gêne à la déglutition, sensation de corps étranger [2]. Toutefois, les larges adénomes pléomorphes du palais mou peuvent se manifester par des signes de compression tels que la dyspnée, la dysphagie, l'obstruction aigue des voies respiratoires et les apnées obstructives du sommeil [4]. Dans notre cas, la symptomatologie était essentiellement marquée par la dysphagie aux solides, une dyspnée intermittente et une rhinolalie fermée ; l'examen physique a retrouvé une masse du palais mou mesurant environ 5X3 cm de consistance ferme, non douloureuse sous une muqueuse d'aspect normal, ce qui est conforme avec la littérature [14]. Il a été décrit dans la littérature de grandes tailles d'adénomes pléomorphes du palais mou avec des mesures pouvant atteindre 5X4 cm [4]. Le risque d'ulcération est rare et peut s'expliquer par un traumatisme par morsure ou iatrogène à la suite d'une biopsie [16].

La recherche d'adénopathies aussi minimes soient-elles, doit être également réalisée. Chez nos deux patients, aucune adénopathie n'a été retrouvée à l'examen physique.

| Auteurs | Aspects cliniques | Nombre de cas | Délai de consultation | Localisation | Signes | | | |
|--------------------|-------------------|---------------|-----------------------|-------------------|------------|------------|------------|------------|
| | | | | | Dyspnée | Dysphagie | Rhinolalie | Douleur |
| Deepak P. [4] | | 01 | 02 ans | Palais mou | Non | Oui | Non | Non |
| Dah Cherif A. [30] | | 01 | 01 an | Lèvre inférieure | Non | Non | Non | Non |
| Ahmedi J. R. [31] | | 01 | 03 ans | Lèvre supérieure | Non | Non | Non | Non |
| Nouri H. [2] | | 01 | 10 ans | Palais dur | Non | Non | Non | Non |
| Chaturvedi M. [32] | | 01 | 30 ans | Palais dur | Non | Oui | Oui | Non |
| Notre étude | | 01 | 02 ans | Palais mou | Oui | Oui | Oui | Non |

Tableau 1 : comparaison des aspects cliniques de l'AP des glandes salivaires accessoires observés dans la littérature avec notre cas.

3. Paraclinique :

3.1. Imagerie :

L'imagerie repose essentiellement sur l'échographie, la tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et elle intervient surtout dans le bilan préopératoire de l'adénome pléomorphe pour préciser sa localisation, sa taille et son extension aux structures avoisinantes [4,5].

L'échographie, facile à réaliser et non invasive, a été réalisée dans notre cas dans le bilan d'une tuméfaction sous angulo-mandibulaire et elle a retrouvé une masse tissulaire hypo-échogène ovalaire de contours réguliers qui était plutôt en faveur d'un processus lymphomateux. Selon la littérature, elle permet de confirmer le siège intra-glandulaire de la tumeur ; cependant, son intérêt pour distinguer une tumeur

bénigne d'une tumeur maligne reste limité [1,15]. Elle est en outre utilisée pour guider une cytoponction à l'aiguille fine ou une biopsie à l'aiguille [4]. Elle est surtout indiquée dans le bilan des tumeurs des glandes salivaires principales. Cependant, certains auteurs suggèrent l'échographie dans le bilan des tumeurs du palais et soulignent également son intérêt comme meilleure technique d'investigation initiale et d'évaluation préopératoire des tumeurs palatines de petite taille (dont le diamètre est inférieur à 3cm) [16]. L'adénome pléomorphe donne à l'échographie une image hypo-échogène homogène bien limitée [17].

En ce qui nous concerne, la tomodensitométrie a été réalisée dans bilan de l'adénome pléomorphe du palais mou et elle était en faveur d'un processus expansif tissulaire discrètement hétérogène, ovalaire et bien limité appendu au palais mou par un pédicule avec un comblement partiel de la lumière oropharyngée. Il n'a pas été noté d'érosion osseuse. La tomodensitométrie offre plus de renseignements sur l'extension locorégionale de la tumeur et les aires ganglionnaires cervicales, mais elle informe peu sur la nature tumorale [9]. Elle est excellente dans la recherche d'une extension osseuse de l'adénome pléomorphe du palais [4]. Elle doit être réalisée en coupes axiales, coronales et sagittales ; sans et avec injection de produit de contraste pour mieux apprécier les structures vasculaires. Cet examen a perdu une part importante de son intérêt avec l'avènement de l'imagerie par résonance magnétique.

L'IRM est l'examen le plus performant pour l'exploration des tumeurs des glandes salivaires. Elle permet une meilleure délimitation de la tumeur par rapport au tissu mou et elle permet d'apprécier l'atteinte périneurale [4]. L'adénome pléomorphe se présente le plus souvent sous l'aspect typique d'une tumeur bien limitée, encapsulée, avec un aspect lobulé caractéristique, en hyposignal T1, se rehaussant de manière homogène après injection de gadolinium [9]. Aucun de nos patients n'a pu bénéficier de l'IRM en raison de son accessibilité difficile dans notre contexte.

3.2. Cytologie et anatomo-pathologie :

La cytoponction à l'aiguille fine (au mieux réalisée sous guidage échographique) est peu invasive et facile à effectuer chez l'adulte, elle permet une orientation

diagnostique avant l'acte opératoire [9]. Dans la plupart des séries de la littérature, la sensibilité est très bonne (86 à 100%) ainsi que la spécificité (90 à 100 %). Cependant, la performance est plus faible quand il s'agit de déterminer de façon précise le type de tumeur. Les difficultés liées à la complexité des tumeurs des glandes salivaires sont compliquées par l'absence de standardisation des réponses cytologiques. Afin de pallier à ce manque, une nouvelle terminologie, dénommée « Système de Milan pour Rapporter la Cytopathologie des Glandes Salivaires », a été proposée par un panel d'experts internationaux. Elle a pour but d'établir une stratification du risque de malignité pour chaque catégorie diagnostique et énonce des propositions de prise en charge clinique. L'adénome pléomorphe se présente comme une tumeur biphasique associant en proportion variable des cellules épithéliales canalaire, des cellules myoépithéliales et une matrice mésenchymateuse (ou stroma). Les critères cytologiques étant : un stroma chondromyxoïde, des cellules myoépithéliales de forme variable et des cellules épithéliales canalaire [18]. Aucun de nos n'a bénéficié d'une cytoponction.

La biopsie incisionnelle, bien qu'elle soit à éviter au niveau de glandes salivaires principales en raison du risque de lésion nerveuse et du risque de dissémination tumorale, elle est généralement admise pour les tumeurs des glandes salivaires accessoires et son résultat anatomopathologique du matériel biopsique n'est pas définitif. La biopsie doit être pratiquée au centre de la lésion tumorale et non au niveau des marges, et d'un seul coup. L'image caractéristique est celle d'éléments cellulaires épithéliaux divers plus ou moins abondants, dans une matrice fibreuse qui peut être mucoïde, myxoïde ou chondroïde [19,20]. Elle n'a été réalisée chez aucun de nos patients, préférant une exérèse totale avec examen histopathologique.

Le diagnostic définitif repose essentiellement sur l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire. Histologiquement, l'adénome pléomorphe présente : des îlots de cellules fusiformes sur un fond myxoïde, une couche interne de cellules épithéliales et une couche externe de cellules myoépithéliales. Trois principaux sous-types ont été identifiés : myxoïde (le stroma représente 80%), cellulaire (avec

une prédominance de cellules myoépithéliales) et mixte (type classique) [4]. Ce dernier type est caractérisé par un mélange de cellules épithéliales polygonales et de cellules myoépithéliales en forme de fuseau sur stroma qui peut être soit mucoïde, myxoïde, cartilagineuse ou hyaline. Des zones de métaplasie peuvent apparaître. Au niveau de la cavité buccale, cette tumeur a pour particularité de ne pas être enveloppée, mais elle est entourée par une pseudo-capsule fibreuse d'épaisseur variable [4,21]. Tous nos résultats d'anatomo-pathologie des pièces opératoires ont été conformes avec ceux de la littérature.

L'immunohistochimie peut apporter une aide précieuse pour élucider les cas difficiles posant un problème de diagnostic différentiel avec certaines tumeurs malignes [22].

4. Traitement :

Le traitement de l'adénome pléomorphe est essentiellement chirurgical.

La sous-maxillectomie est toujours totale et la technique ne comporte que peu de variations. Les principales complications rencontrées sont : une paralysie du rameau mentonnier du nerf facial (7 à 18 % des cas) ; une paralysie du nerf lingual (3 à 6% des cas), une paralysie du nerf grand hypoglosse (0 à 6%), une hémorragie et une infection postopératoires. Il est important lors de cette chirurgie de respecter la capsule de la glande submandibulaire pour éviter le risque de récurrence [23]. Notre sous maxillectomie a été réalisée en respectant ce protocole et aucune complication n'a été signalée.

Dans la chirurgie des tumeurs du palais mou, une attention particulière doit être portée aux considérations anesthésiques au cours de l'intubation ainsi qu'à la gestion des voies aériennes en période postopératoire. Après l'intubation, un packing sera placé afin d'absorber le sang et les sécrétions [4]. Il est recommandé de pratiquer une infiltration locale avec la lidocaïne 2% adrénalinée pour d'une part, réduire la douleur locale et d'autre part, assurer un meilleur contrôle de l'hémorragie [4]. L'exérèse doit se faire en totalité, au-delà de la tumeur avec une marge de sécurité de 5mm [4]. Cette exérèse de la tumeur impose le sacrifice délibéré du revêtement muqueux afin d'éviter la récurrence qui dépend du siège et de la qualité

d'exérèse tumorale [4]. La reconstitution de la muqueuse peut se faire par suture directe ou par un lambeau en fonction de l'importance du défaut [4]. Une surveillance rigoureuse de 12-24 heures sera mise en place afin de détecter précocement les signes d'obstruction des voies aériennes et d'hémorragie. En plus de la voie endobuccale, d'autres voies d'abord du palais mou ont été décrits dans la littérature : la voie cervicale, la voie transparotidienne, la voie transmandibulaire et la voie infratemporale [4]. Chez notre patient, il n'a pas été noté de difficulté à l'intubation orotrachéale et l'exérèse de la tumeur a été faite par voie endobuccale après une infiltration locale avec la lidocaïne 2% adrénalinée. Les marges de résections étaient saines et la reconstitution de la muqueuse palatine a été faite par suture au fil résorbable. Les suites opératoires ont été simples.

Selon la littérature, la radiothérapie a également une place dans la prise en charge des adénomes pléomorphes des glandes salivaires [25]. Elle est surtout indiquée en cas de marges d'exérèse positives, de résidus tumoraux, de récurrence de l'adénome pléomorphe (deuxième récurrence et plus) et plus rarement dans l'adénome pléomorphe métastatique [24,25,26].

5. Evolution et pronostic :

L'adénome pléomorphe est une tumeur bénigne en général mais susceptible de récurrence même après une exérèse complète, de transformation maligne et plus rarement de métastase à distance.

Le risque de récurrence apparaît directement lié à la qualité de l'exérèse initiale : les marges intralésionnelles ainsi que les marges « incertaines » sont associées à une hausse du risque de récurrence de l'adénome à distance de la chirurgie initiale. Le jeune âge des patients, le sous-type myxoïde, la constatation d'une capsule incomplète avec extension tumorale à distance sous forme de pseudopodes ou de nodules satellites distants ont également été décrits comme des facteurs exposant à un risque accru de récurrence [27,28]. La propension à la récurrence des adénomes pléomorphes après chirurgie est estimée entre 0,5 et 5% [28].

De plus, l'incidence d'une transformation maligne ou de carcinome ex-adénome pléomorphe est rare, elle survient dans moins de 7% des adénomes pléomorphes

sur glandes salivaires accessoires, siégeant essentiellement au niveau du palais [22]. Ce risque augmente avec la durée d'évolution, le nombre de récurrences et la multifocalité. Les carcinomes développés sur adénome pléomorphe représentent 11,7% des tumeurs malignes des glandes salivaires [25]. L'augmentation récente de taille, l'ulcération, l'infiltration et le saignement spontané sont des signes en faveur d'une transformation maligne [22].

On parle d'adénome pléomorphe métastasiant devant un adénome pléomorphe d'aspect histologique complètement bénin mais qui s'accompagne d'une dissémination locorégionale ou à distance [22]. Cette dissémination semble être secondaire à des récurrences multiples et/ou des interventions chirurgicales répétées qui permettent à la tumeur d'accéder au réseau vasculaire veineux [22]. Ces localisations secondaires, généralement osseuses, pulmonaires et ganglionnaires, surviennent jusqu'à 55 ans après l'adénome pléomorphe initial [22].

Aucune récurrence n'a été notée chez nos patients au cours d'une période de surveillance de six mois, après lequel, les patients étaient perdus de vue. Toutefois, selon la littérature, cette surveillance doit s'étendre sur au moins dix ans, période au cours de laquelle les récurrences peuvent survenir [29].



CONCLUSION



Conclusion :

L'adénome pléomorphe, encore appelée tumeur mixte en raison de sa double composante épithéliale et myoépithéliale, est une tumeur bénigne hétérogène plus fréquente au sein de la glande parotide. Ses localisations extra-parotidiennes sont réparties entre la glande submandibulaire et les glandes salivaires accessoires avec une plus grande préférence pour le palais en raison de sa grande concentration en glandes salivaires accessoires. La symptomatologie clinique est variable en fonction de la taille et de la localisation tumorale. Les volumineux adénomes pléomorphes du palais peuvent se manifester par des signes d'obstruction comme la dyspnée, la dysphagie et les apnées du sommeil. Le diagnostic d'adénome pléomorphe doit être évoqué devant toute tuméfaction isolée, non douloureuse d'évolution lente au niveau d'un site de la tête et du cou abritant des glandes salivaires. Le traitement est chirurgical avec des marges d'exérèses saines pour éviter les récives.



REFERENCES



Références bibliographiques :

1. Bonfils P. Tumeurs des glandes salivaires. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie 2007, 20-628-B-10.
2. Nouri H., Raji A., Elhattab Y., Rochdi Y., Ait M'barek B. Adénome pléomorphe de la voûte palatine. À propos d'un cas. La Lettre d'Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale. 2006;302:22-23.
3. Moukram K., El Bouhairi M., Ben Yahya Y. Les localisations rares de l'adénome pléomorphe : à propos de quatre cas cliniques. Actualités odonto-stomatologiques. 2017;285:5.
4. 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.
5. Urs A. B., Augustine J., Negi D., Kumar R. D., Ghosh S. Pleomorphic adenoma: a rare presentation in buccal salivary gland with extensive squamous and mucous metaplasia. The Pan African Medical Journal. 2019;33:147.
6. Devoize L, Dallel R. Salivation [en ligne]. EMC (Elsevier Masson SAS) Médecine buccale. 2010;28-150.
7. Dany G. Pathologies générales et salive. Thèse de doctorat en chirurgie dentaire. Université de Lorraine 2012.
8. Moore K. L., Dalley A. F., Agur A. M. R. Anatomie médicale : aspects fondamentaux et applications cliniques. De Boeck Supérieur, 2006.
9. Touati M., El Boukhari A., Aljalil A., Chihani M., Zrara I., Ammar H. Adénome pléomorphe géant de la glande sous-mandibulaire chez un enfant. La Lettre d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale. 2010;322:20-22.

- 10.** Moussa M., Hy A. K., Sa B. P., Camara A., Samuila S., Sani R. Adénome Pléomorphe Géant à Localisation Submandibulaire : À Propos d'un Cas. *European Scientific Journal*. 2019;15(9):185-191.
- 11.** Diarra K., Konaté N., Sidibé Y., Kamil A. O., Bagayoko D., Guindo B., Koné F. I., Timbo S. K., Keita M. A. Une masse cervicale géante révélant un adénome pléomorphe de la glande submandibulaire. *J TUN ORL*. 2020;43:65-68.
- 12.** Kuo Y. L., Tu T. Y., Chang C. F., Li Y. W., Chang S. Y., Shiao A. S., et al. Extra-major salivary gland pleomorphic adenoma of the head and neck: a 10-year experience and review of the literature. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2011;268:1035-40.
- 13.** Marchal F., Dulguerov P. Approche diagnostique et thérapeutique des affections des glandes salivaires. *Médecine et hygiène*. 2001;59(2364):1986-1997.
- 14.** Waldron C., El-Mofty S., Gnepp D. Tumor of the intraoral minor salivary glands: a dermographic and histologic study of 426 case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1988;66:323-33.
- 15.** Molina E. J., Mayer K., Khurana J., Grewal H. Pleomorphic adenoma of the submandibular gland. *J Pediatr Surg*. 2008;43:1224-6.
- 16.** Spencer J., Daniels M., et al. Pleomorphic Adenoma of the Palate in Children and Adolescents: A Report of 2 Cases and Review of the Literature. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*. 2007;65:541-9.
- 17.** Guerrier. B, Makeieff M. and Maurice N. Stratégie diagnostic et thérapeutique des tumeurs de la parotide. *Les cahiers d'ORL et chirurgie cervico faciale et d'audiophonie*. 1996;19:9-16.
- 18.** Bigorgnea C., Vielh P., Courtade-Saidic M. Cytopathologie des glandes salivaires : le système de Milan 2018. In *Annales de pathologie*. Elsevier Masson. 2020;46-58.

- 19.** Daniels J. S. M., Ali I., Al Bakri I. M., Sumangala B. Pleomorphic Adenoma of the Palate in Children and Adolescents: A Report of 2 Cases and Review of the Literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65:541-9.
- 20.** Speight P., M., Barrett A. W. Diagnostic difficulties in lesions of the minor salivary glands. *Diagnostic histopathologic.* 2009;15(6):311-317.
- 21.** Kawahara A., Harada H., Kage M., Yokoyama T., Kojiro M. Characterization of the epithelial components in pleomorphic adenoma of the salivary gland. *Acta Cytol.* 2002;46:1095-1100.
- 22.** Hamama J., El Khayati S., Arrob A., Khalfi L., Abouchadi A., Elkhatib M. K. Adénome pléomorphe des glandes salivaires accessoires. *Actualités Odonto-Stomatologiques.* 2015; 271: 4-9.
- 23.** Dehesdin D., Vinel V. Cirugía de la glándula submaxilar. Cirugía de la glándula sublingual. *EMC-Cirugía Otorrinolaringológica y Cervicofacial.* 2001;2(1):1-10.
- 24.** Knight J., Ratnasingham K. Metastasing pleomorphic adenoma: Systematic review. *International journal of surgery (London, England).* 2015;19:137-45.
- 25.** Jardel P., Fakhry N., Makeieff M., Ferrie J. C., Milin S., Righini C., Lacout A., Costes V., Malard O., Marcy P. Y., Guevara N., Odin G., Bensadoun R. J., Thariat J. Adénomes pléomorphes parotidiens récidivants : place de la radiothérapie. *Cancer/Radiothérapie.* 2014;18(1):68-76.
- 26.** Wallace A. S., Morris C. G., Kirwan J. M., Werning J. W., Mendenhall W. M. Radiotherapy for pleomorphic adenoma. *American journal of otolaryngology.* 2013;34(1):36-40.
- 27.** Kiciński K., Mikaszewski B., Stankiewicz C. Risk factors for recurrence of pleomorphic adenoma. *Otolaryngol Pol.* 2016;70(3):1-7.
- 28.** Fakhry N., Vergez S. & al. Prise en charge de l'adénome pléomorphe. Recommandation pour la pratique clinique SFORL. 2020.

- 29.** Dombrowski N. D., Wolter N. E., Irace A. L., et al. Pleomorphic adenoma of the head and neck in children: presentation and management. *The Laryngoscope*. 2019;129(11):2603-2609.
- 30.** Dah Cherif A., Chouche M., Barbach Y., Elloudi S., Baybay H., Mernissi F. Z. The pleomorphic adenoma of the accessory salivary gland: About a case and review of the literatura. *Our Dermatol Online*. 2019;10(e):e20.1-e20.4.
- 31.** Ahmedi J. R., Ahmedi E., Perjuci F., Ademi R., et al. Pleomorphic Adenoma of Minor Salivary Glands in Child. *Medical Archives*. 2017;71(5):360-363.
- 32.** Chaturvedi M., Jaidev A., Thaddanee R., Khilnani A. K. Large pleomorphic adenoma of hard palate. *Ann Maxillofac Surg*. 2018;8:124-6.

Fiche signalétique

Nom : GANABA

Prénom : Abdoulaye dit Modibo

Nationalité : Malienne

Titre : Adénome pléomorphe des glandes salivaires : à propos des deux cas de localisations extra-parotidiennes (glande submandibulaire et palais mou)

Année Universitaire : 2019-2020

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).

Secteur d'intérêt : Otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale

Résumé

Introduction : L'adénome pléomorphe ou tumeur mixte est une tumeur bénigne hétérogène composé de cellules épithéliales et myoépithéliales au sein d'un stroma myxoïde et/ou chondroïde des glandes salivaires. Ses localisations extra-parotidiennes sont rares. L'évolution est lente et diagnostic repose la clinique et l'histologie. Le traitement chirurgical avec des marges d'exérèse saines permet d'éviter les récurrences.

Objectifs : illustrer les particularités diagnostiques et thérapeutiques de l'adénome pléomorphe extra-parotidien à travers deux observations cliniques et d'en faire une analyse comparative avec la littérature.

Observation : notre premier patient H.T., de sexe féminin, âgée de 18, nous a consulté pour une tuméfaction indolore de la région sous angulo-mandibulaire droite évoluant depuis deux ans. Nous avons procédé à une sous maxillectomie totale dont les suites opératoires ont été simples avec un recul de 6 mois sans récurrence.

Notre second patient A.C., de sexe masculin, âgé de 47 ans nous a consulté pour une tuméfaction du palais mou évoluant depuis deux ans, avec une dyspnée intermittente et une dysphagie aux solides. Nous avons procédé à une exérèse de la masse sous anesthésie générale par voie endobuccale dont les suites opératoires ont été simples.

Discussion : l'adénome pléomorphe représente 70% des tumeurs des glandes salivaires. Il est plus fréquent au sein de la parotide (84%), suivi de la glande submandibulaire (8%) puis des glandes salivaires accessoires (4-6%). Le délai de consultation est variable. L'adénome pléomorphe de la glande submandibulaire se présente comme une tuméfaction isolée, ferme, indolore et lentement évolutive située en regard de la région sous-mandibulaire. Les larges adénomes pléomorphes du palais mou peuvent se manifester par des signes de compression tels que la dyspnée, la dysphagie et les apnées du sommeil. Le diagnostic définitif repose sur l'examen histologique de la pièce opératoire. Le traitement est chirurgical. La sous-maxillectomie est toujours totale. L'adénome pléomorphe du palais nécessite une exérèse avec une marge de sécurité de 5 mm. L'adénome pléomorphe est susceptible de récurrence, de transformation maligne et plus rarement de métastase à distance.

Conclusion : Le diagnostic d'adénome pléomorphe doit être évoqué devant toute tuméfaction isolée, indolore, d'évolution lente au niveau d'un site de la tête et du cou abritant des glandes salivaires. Le traitement est chirurgical avec des marges d'exérèses saines pour éviter les récurrences.

Mots clés : adénome pléomorphe, tumeur mixte, glande submandibulaire, palais mou, extra-parotidienne.

Material Safety Data Sheet

Name: GANABA

First Name: Abdoulaye dit Modibo

Nationality: Malian

Title: pleomorphic adenoma of salivary glands: about two cases of extra localizations

University year: 2019-2020

City of defense: BAMAKO

Country of origin: MALI

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odonto-stomatology (FMOS).

Focus Area: Otolaryngology and Head and Neck Surgery

Abstracts

Introduction: pleomorphic adenoma also known as « mixed tumor » is a heterogeneous benign tumor composed of epithelial myoepithelial cells within a myxoid and/or chondroid stroma of salivary glands. Its extraparotid locations are rare. Its evolution is slow and the diagnosis is clinical and histological. Surgical excision with wide excision margins helps prevent recurrence.

Objects: to illustrate the diagnostic and therapeutic features of extraparotid pleomorphic adenoma through two clinical observations and to make a comparative analysis with literature.

Observation: our first 18-year-old female patient named H.T., consulted us for a painless swelling of the right sub-mandibular region that has been evolving for 2 years. We proceed to a submaxillectomy, the postoperative period was uneventful with a follow-up of 6 months without recurrence. Our second 47-year-old male patient saw us with soft palate swelling over the past 2 years, with intermittent

dyspnea and solids dysphagia. We proceed to intraoral excision under general anesthesia, the postoperative period was uneventful.

Discussion: pleomorphic adenoma accounts for 70% of salivary glands tumors. It is most common in the parotid gland (84%), followed by the submandibular gland (8%), then the minor salivary glands (4-6%). The consultation delay is variable. Pleomorphic adenoma of the submandibular gland presents as an isolated, firm, painless and slowly evolving located in the submandibular region. Large pleomorphic adenomas of the soft palate may present with signs of compression such as dyspnea, dysphagia and sleep apnea. The definitive diagnosis is based on the histological examination of the surgical piece. The treatment is surgical. The submaxilectomy is always total. Pleomorphic adenoma of the palate requires surgical with a safety margin of 5 mm. pleomorphic adenoma is susceptible to recurrence, malignant transformation, and more rarely to metastasis.

Conclusion: the diagnosis of pleomorphic adenoma should be kept in mind in face of isolated, painless, slowly evolving swelling at a site of head and neck where salivary glands are located. The treatment is surgical excision with wide excision margins to prevent recurrence.

Keys words: pleomorphic adenoma, mixed tumor, submandibular gland, soft palate, extraparotid.