

Profil Epidémiologique, Diagnostique Et Thérapeutique Des Tumeurs Parotidiennes A Antananarivo Madagascar

[Epidemiological, Diagnostic And Therapeutic Profile Of Parotid Tumors In Antananarivo, Madagascar]

RAKOTOARIMANANA Fenosoa Vonimbola d'Assise¹, HAMINASON Léandre Sylvestre²,
ANRIAMANANTENA Rantonirina Henri¹, RAZAFINDRABE John Alberto Bam¹.

1 : Chirurgien Maxillo-Facial, Hôpital Joseph Dieudonné Rakotovao, Antananarivo

2 : Chirurgien Maxillo-Facial, Hôpital Tanambao, Tuléar

Auteur correspondant : Rakotoarimanana Fenosoa Vonimbola d'Assise,
mail : drdassise@gmail.com



Résumé

Introduction : Les tumeurs parotidiennes sont les plus fréquentes des tumeurs des glandes salivaires. L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, clinico-paracliniques, histologiques et thérapeutiques de cette pathologie à Antananarivo Madagascar.

Patients et Méthode : C'est une étude descriptive, menée sur trois centres hospitalo-Universitaires à Antananarivo, portant sur les dossiers des patients traités pour des tumeurs parotidiennes sur une période de 5 ans.

Résultats : 46 cas ont été répertoriés (36 tumeurs bénignes contre 10 tumeurs malignes). Le sex-ratio était de 1,09. L'âge moyen des patients était de 42,87 ans avec des extrêmes de 2 et 80 ans. La tuméfaction parotidienne était le signe clinique prédominant, isolée dans 58,70% des cas et remontait en moyenne plus de 3 ans (39,42 mois) avant la consultation. 3 patients (6,52%) ont pu faire le scanner cervico-facial. L'échographie a été faite chez 30 patients. La parotidectomie totale étaient le type de chirurgie le plus adopté avec ou sans conservation du nerf facial. Les adénomes pléomorphes constituaient les 86,11% des tumeurs bénignes. Les adénocarcinomes et les carcinomes épidermoïdes étaient observés avec une même proportion de 30% parmi les tumeurs malignes.

Conclusion : Les tumeurs parotidiennes sont rares aussi à Madagascar avec un profil clinico-histologique quasi-identique à celui de la littérature. La tuméfaction parotidienne est le principal signe clinique. Le retard de consultation est très conséquent expliquant ainsi l'existence des cas de chirurgie dépassée. Très souvent ces tumeurs sont bénignes dominées par les adénomes pléomorphes. Leur traitement est essentiellement chirurgical.

Mots clés : Adénome pléomorphe, Antananarivo, glande salivaire, parotidectomie

Abstract

Introduction : Parotid gland tumors are the most common salivary gland tumors. The aim of this study is to describe the epidemiological, clinical, paraclinical, histological, and therapeutic characteristics of this pathology in Antananarivo, Madagascar.

Patients and Method : This is a descriptive study, conducted in three university hospitals in Antananarivo, focusing on the records of patients treated for parotid gland tumors over a 5-year period.

46 cases were identified (36 benign tumors and 10 malignant tumors). The male-to-female ratio was 1.09. The mean age of the patients was 42.87 years, with a range of 2 to 80 years. Parotid swelling was the predominant clinical sign, occurring without other signs in

58.70% of cases and having been developed for an average of more than 3 years (39.42 months) prior to consultation. Three patients (6.52%) were able to undergo a cervicofacial CT scan. Ultrasound was performed in 30 patients. Total parotidectomy was the most common surgical procedure, with or without facial nerve preservation. Pleomorphic adenomas constituted 86.11% of the benign tumors. Adenocarcinomas and squamous cell carcinomas were observed, each representing 30% of the malignant tumors.

Conclusion : Parotid tumors are rare in Madagascar, with a clinico-histological profile almost identical to that described in the literature. Parotid swelling is the main clinical sign. The significant delay in seeking medical attention explains the occurrence of delayed surgery. These tumors are very often benign, predominantly pleomorphic adenomas. Therapeutic management is essentially surgical.

Keywords: Antananarivo, Parotidectomy, Pleomorphic adenoma, salivary gland.

INTRODUCTION

Les tumeurs des glandes salivaires se développent principalement dans la glande parotide, représentant jusqu' 85 % de toutes les tumeurs salivaires [1], [2]. Les tumeurs parotidiennes, bien que relativement rares dans l'ensemble des tumeurs de la tête et du cou [2], [3], représentent un défi clinique et diagnostique majeur en raison de leur diversité histologique et de la variabilité de leur présentation clinique. La glande parotide, en tant que plus grande glande salivaire, est sujette à divers processus pathologiques allant des lésions bénignes, telles que les adénomes pléomorphes, aux tumeurs malignes, qui nécessitent une prise en charge appropriée et parfois complexe. Ce travail se propose d'explorer les aspects épidémiologiques, cliniques, histologiques et thérapeutiques des tumeurs parotidiennes.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive réalisée dans trois centres prenant en charge des pathologies des glandes salivaires (notamment le service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Dieudonné RAKOTOVAO Befelatanana, le service de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale et ORL du Centre Hospitalier de Soavinandriana et le service de Chirurgie Cervico-Faciale et ORL du Centre Hospitalier Universitaire d'Andohatapenaka), à Antananarivo Madagascar, du janvier 2018 au décembre 2022, soit sur 5 ans. On a sélectionné pour cette étude, tous patients traités pour une tumeur parotidienne avec preuve histologique. Les données épidémiologiques (âge, sexe), cliniques (délai et motif de consultation, ...), paracliniques (échographie, scanner, IRM, histologie) et thérapeutiques ont été étudiées.

RESULTATS

Quarante-six cas repartis en 36 tumeurs bénignes et 10 tumeurs malignes ont été répertoriés durant la période d'étude soit en moyenne 9 cas par an. Les extrêmes d'âge ont été 13 mois et 80 ans avec un âge moyen de 42,87 ans. L'incidence a été la plus élevée dans les tranches d'âge de 31 à 40 ans (10 cas soit 21,74 %) et 51-60 ans (09 cas soit 19,57%) (figure 1). Le sex-ratio a été de 1,09 (24 hommes/22 femmes) (figure 2). Le délai moyen de consultation était de 39,43 mois et variait entre 2 mois et 168 mois (tableau I). Tous les patients présentaient une tuméfaction parotidienne à l'admission, il s'agissait du principal motif de consultation. Cette tuméfaction était isolée chez 27 patients soit 58,70% des cas et associée à d'autres signes chez 19 patients soit 41,30% des cas (figure 3). La tuméfaction était douloureuse chez 10 patients soit 21,74% des cas et parmi eux, 07 étaient porteurs de cancers de la parotide et 03 de tumeurs bénignes. La tuméfaction parotidienne siégeait du côté droit dans 25 cas (54,35%) contre 21 cas (45,65%) pour le côté gauche. Un aspect de peau inflammatoire en regard dans 19,57 % (09 cas) a été relevé. Elle était mobile dans 33 cas (31 tumeurs bénignes et 02 tumeurs malignes) soit 71,74% des cas et fixée par rapport aux deux plans dans 13 cas (08 tumeurs malignes et 05 tumeurs bénignes) soit 28,26% des cas. Sa consistance était variable : ferme dans 33 cas (71,74 %); dure dans 11cas (23,91 %) et molle dans 02 cas (4,35%). La tuméfaction parotidienne mesurait 2 à 10 cm sur son plus grand axe, avec une taille moyenne de 5,13cm et 34,78 % des tumeurs mesuraient entre 4 et 6cm. Six (06) patients avaient des

adénopathies cervicales, soit 13,04% des cas (05 tumeurs malignes et une tumeur bénigne). Deux (02) patients se présentaient avec une paralysie faciale périphérique soit 4,35 % des cas et ce sont tous des tumeurs malignes.

Trente patients (65,22%) avaient bénéficié d'une échographie parotidienne qui constitue le principal examen paraclinique demandé. La tomодensitométrie cervico-faciale n'a été faite que chez 03 patients (6,52%) ; un seul patient a fait une IRM cervico-faciale et un seul patient a réalisé une cytoponction parotidienne.

Parmi les 46 patients, 45 patients soit 97,83% des cas avaient subi une intervention chirurgicale de la région parotidienne sous anesthésie générale et 01 patient déclaré inopérable a eu une biopsie : il s'agissait d'une parotidectomie totale avec conservation du nerf facial dans 25 cas (54,35%) ; une tumorectomie (ou énucléation) dans 15 cas (32,61%) ; une parotidectomie totale sans conservation du nerf facial dans 3 cas (6,52%) et une parotidectomie exo-faciale dans 2 cas (4,35%). La parotidectomie était associée à un évidement ganglionnaire dans 6 cas (13,04%). La figure 4 montre les options thérapeutiques reçues par les patients.

Les résultats de l'examen anatomo-pathologique de ces tumeurs avaient montré 36 cas (78,26%) de tumeurs bénignes et 10 cas (21,74%) de tumeurs malignes. L'adénome pléomorphe était la tumeur bénigne la plus fréquente soit 86,11 % (31 cas) des tumeurs bénignes (Tableau II). Les tumeurs malignes les plus fréquentes dans notre série ont été le carcinome épidermoïde 30 % et l'adénocarcinome 30 % (Tableau III).

DISCUSSION

Cette série rapporte 46 cas de tumeur parotidienne observée pendant une période de cinq ans dans trois services prenant en charge les pathologies des glandes salivaires à Antananarivo Madagascar. Cette constatation confirme les données de la littérature quant à la rareté des tumeurs des glandes salivaires en général et de la glande parotide en particulier [1], [2], [3], [4]. L'âge moyen de 42,87 ans est comparable aux données des études qui montrent une incidence accrue chez les adultes jeunes [3], [5], [6]. En revanche, en Roumanie, les tumeurs parotidiennes prédominent chez les adultes supérieurs à 50 ans [7]. Les tumeurs parotidiennes semblent affecter indifféremment les deux sexes [2]. En effet, le sex-ratio était de 1,09 dans notre étude. En revanche, certains auteurs comme Akkari K et al [8] en Tunisie ont rapporté une prédominance masculine et une prédominance féminine a été révélé dans l'étude de El Khiati et al [9]. La présentation clinique des tumeurs parotidiennes est très riche. Et la latence clinique de ces tumeurs explique le long délai de consultation [5] qui est en moyenne de 43,39 mois pour les tumeurs bénignes et 23,10 mois pour les tumeurs malignes dans notre série. Ce délai est de 4,3 ans au Sénégal dans la série de Diom et al [5] contre 18,4 mois au Niger selon Illé et al [6]. Ce long délai de consultation explique l'existence des formes cliniques spectaculaires telles que des tumeurs géantes parotidiennes [5]. En effet, la taille de la tumeur dans cette série variait de 2 à 10cm. La peur, la négligence, le passage d'abord chez des tradipraticiens, l'absence de douleur et enfin le manque de moyens peuvent en être les causes [5], [6]. Certains signes cliniques évoquent la nature bénigne ou maligne de la tumeur parotidienne [10]. La malignité peut être suspectée en présence de douleur, paralysie faciale, de ganglions ou en cas d'augmentation rapide de la taille de la tumeur, induration ou infiltration de la peau en regard [5], [11]. Dans notre étude, la douleur était présente chez dix patients (21,74%), une adénopathie chez six patients (13,04%) et une paralysie faciale chez deux patients (4,35%).

Les examens complémentaires notamment les examens d'imagerie sont demandés pour orienter le diagnostic en vue d'une meilleure prise en charge thérapeutique. Parmi ces examens, l'échographie est un examen de réalisation simple, rapide et non invasif, permettant le diagnostic des tumeurs parotidiennes dans près de 100% des cas [12], [13] sauf pour les tumeurs du lobe profond et les tumeurs de grande taille [12], [14]. Les caractères hétérogènes, mal limités et à contours flous de la tumeur à l'échographie, peuvent être suspects de malignité [15]. L'échographie est demandée chez trente patients (65,22%) dans cette série grâce à sa réalisation faciale mais aussi à son faible coût. La TDM permet de bien apprécier les limites et l'extension d'un processus tumoral touchant les glandes salivaires vers les éléments du voisinage et les structures profondes, surtout quand on suspecte une extension basicrânienne [16]. Elle est plus utile pour la planification chirurgicale. Quant à l'IRM, elle permet de préciser finement la morphologie, la taille et les rapports avec les tissus avoisinants [17] et constitue l'examen radiologique préférentiel devant une tumeur de la parotide. Le coût onéreux de ces examens limiterait leur réalisation chez nos patients. Sur le plan thérapeutique, plus de la moitié de nos patients (54,35%) avait bénéficié d'une parotidectomie totale avec conservation du

nerf facial. Ce geste est unanime pour beaucoup d'auteurs. Il minimise les risques de survenue des récidives et de lésions du nerf facial [5], [6].

Sur le plan histologique, plus de trois quart (78,26%) des tumeurs étaient bénignes, représentées en majorité par l'adénome pléomorphe (86,11 % des cas) dans cette série. Nos résultats rejoignent les données de la littérature qui rapporte la fréquence élevée de l'adénome pléomorphe au niveau de la parotide [5], [7], [8], [9], [10].

Les carcinomes épidermoïdes (30%) et les adénocarcinomes (30%) sont les tumeurs malignes les plus observées dans cette série. Dans la série de Diom et al à Sénégal, l'adénocarcinome et le carcinome adénoïde kystique constituent les premières tumeurs malignes rencontrées avec 26,66 % de l'ensemble des tumeurs malignes de la parotide, suivi par le carcinome mucoépidermoïde [5]. Les séries des auteurs brésiliens et pakistanais en 2009 [18], [19] rapportent la prédominance des carcinomes mucoépidermoïdes dans les tumeurs malignes parotidiennes.

CONCLUSION

Les tumeurs parotidiennes sont rares dans notre contrée. Le profil observé se rapproche à celui dans la littérature notamment les littératures africaines. Le délai de consultation long indique un besoin urgent d'améliorer la sensibilisation et le dépistage précoce de ces pathologies, souvent présentées sous forme de tuméfaction isolée. Les interventions chirurgicales restent la principale modalité de traitement. Les tumeurs bénignes dominent et l'adénome pléomorphe occupe la première place.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

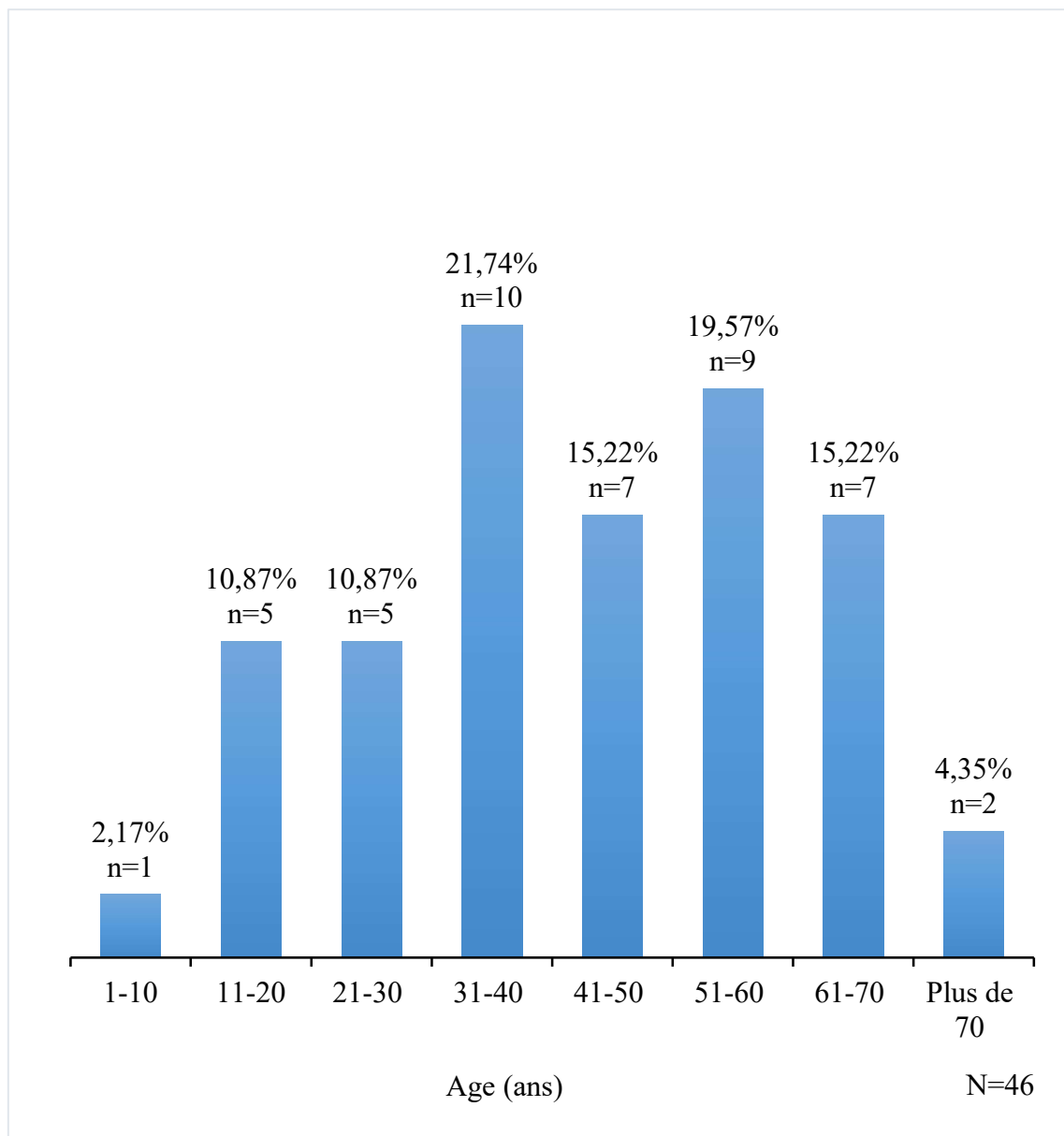


Figure 1 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

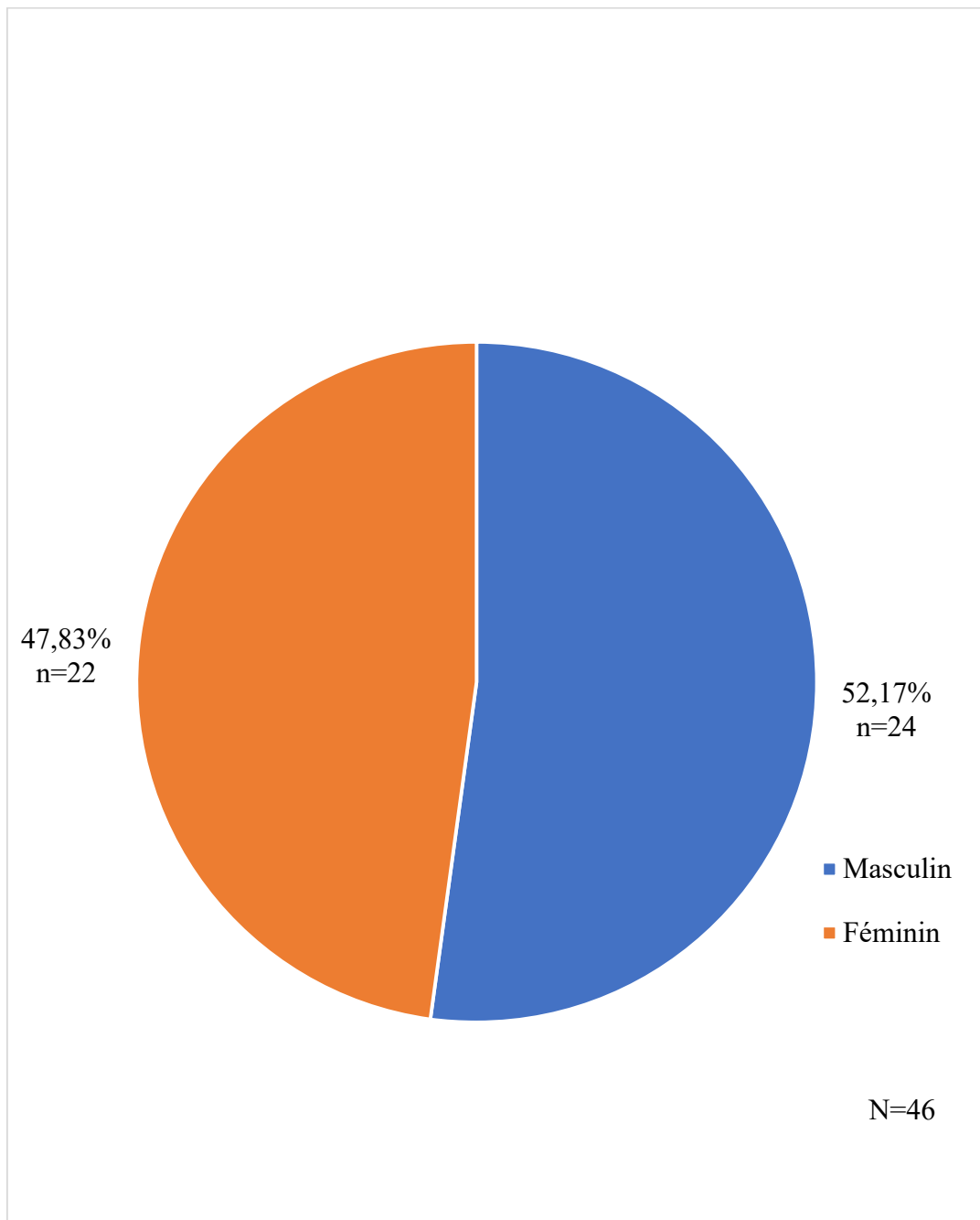


Figure 2 : Répartition des patients selon le genre

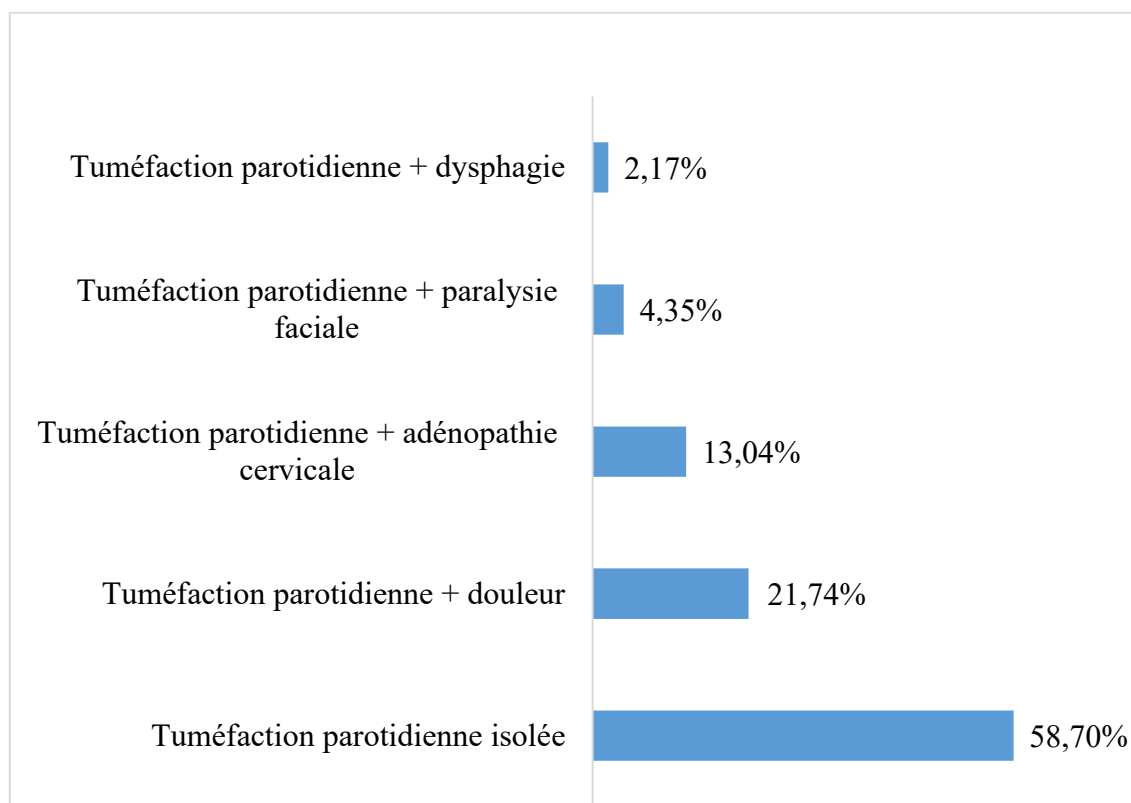


Figure 3 : Répartition des patients selon les signes associés

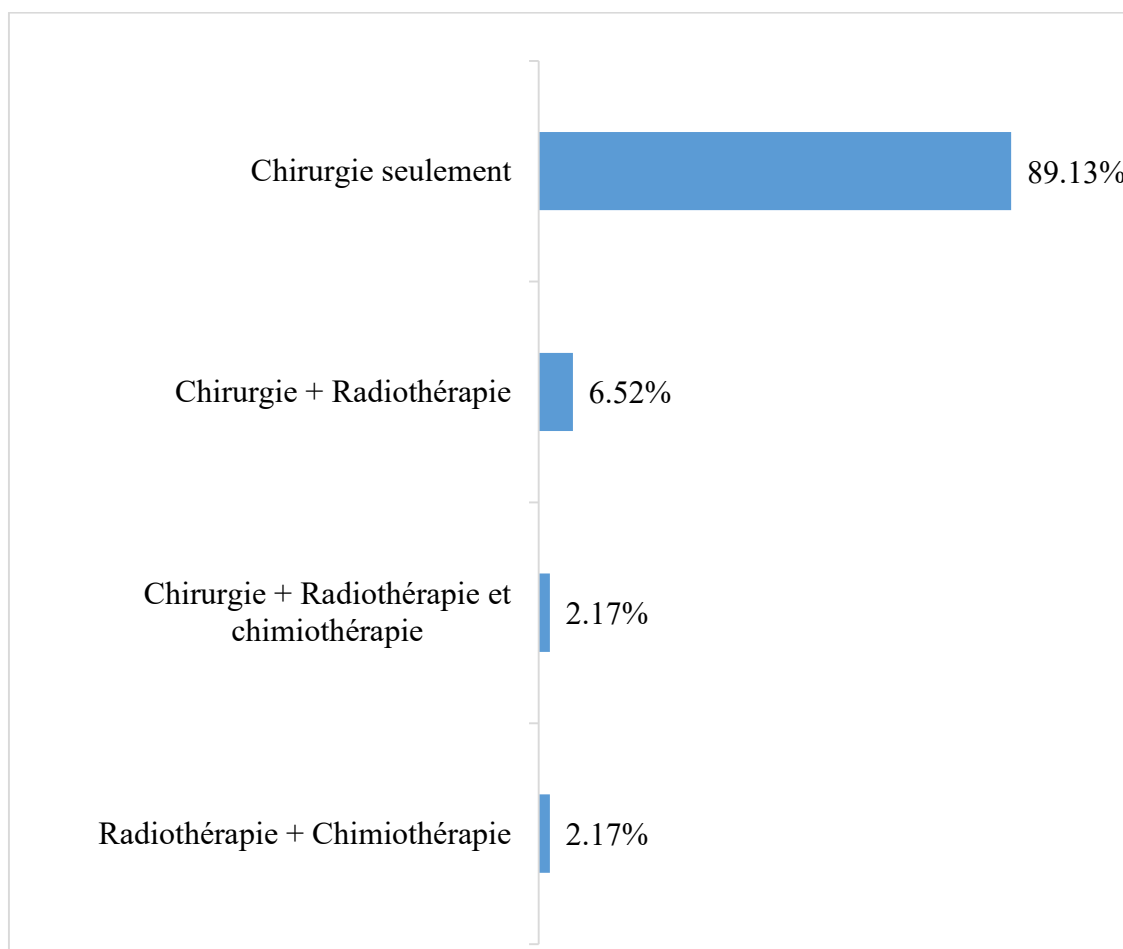


Figure 1 : Répartition des patients selon les traitements reçus

Tableau I : Répartition des patients selon le délai de consultation

Délai de consultation	Effectif (N=46)	Pourcentage
Moins de 6 mois	9	19,57
[6-12 mois [	13	28,26
[12-18 mois [	1	2,17
[18-24 mois [	0	0,00
[24-30 mois [	6	13,04

[30-36 mois [	3	6,52
Plus de 36 mois	14	30,43

Tableau II : Répartition des tumeurs bénignes selon le type histologique

Tumeurs bénignes	Effectif (N=36)	Pourcentage
Adénome pléomorphe	31	86,11
Tumeur de Warthin	01	2,78
Lymphangiome kystique	01	2,78
Lipome	01	2,78
Hemangiome caverneux	01	2,78
Adénome oncocytaire	01	2,78

Tableau III : Répartition des tumeurs malignes selon le type histologique

Tumeurs malignes	Effectif (N=10)	Pourcentage
Carcinome épidermoïde	03	30
Adénocarcinome	03	30
Carcinome adénoïde kystique	02	20

Adénocarcinome papillaire	01	10
Carcinome à cellule acinaire	01	10

REFERENCES

- [1]. Bonfils P. Tumeurs des glandes salivaires. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-Rhino-Laryngologie. 2007 ; 20-628-B-10. 17p
- [2]. Eneroth CM. Salivary gland tumours in the parotid gland, submandibular gland and the palate region. *Cancer*. 1971; 27(6):1415- 18.
- [3]. Da Silva LP, Serpa MS, Viveiros SK, Sena DAC, De Carvalho Pinho RF, De Abreu Guimarães LD et al. Salivary Gland Tumors in a Brazilian Population : A 20-Year Retrospective and Multicentric Study of 2292 Cases. *J. Cranio-Maxillofac. Surg*. 2018;46:2227-33.
- [4]. Reinheimer A, Vieira D, Cordeiro M, Rivero E. Retrospective study of 124 cases of salivary gland tumors and literature review. *J Clin Exp Dent*. 2019;1 (11): 1025-32.
- [5]. Diom ES, Thiam A, Tall A, Ndiaye M, Toure S, Diouf R. Profil des tumeurs de la glande parotid : expérience sur 93 cas colligés en 16 ans. *Ann. Fr. Otorhinolaryngol. Pathol. Cervicofac*. 2015;132 :9-12.
- [6]. Illé S, Timi N, Mahamane Moussa R, Kadre Alio KO, Nouhou H. Les Tumeurs de la Glande Parotid au Niger : Caractéristiques Épidémiologiques, Cliniques, et Histologiques. *Health Sci. Dis*. 2016;17(3):63-6.
- [7]. Ungureanu LB, Ghiciuc CM, Costan VV, Ungureanu C, Ianole V, Apostol DGC. Benign and Malignant Parotid Gland Tumors: Insights from a Five-Year Northeast Romanian Population. *J. Clin. Med*. 2025;14(7087) :1-17.
- [8]. Akkari K, Chnitir S, Mardassi A, Sethom A, Miled I, Benzarti S et al. Les tumeurs parotidiennes à propos de 43 cas. *JTUN ORL*. 2007;33(18):29-33.
- [9]. El khiati R, Fassih M, Ouaisi L, Abada R, Rouadi S, Roubal M et al. Tumeurs parotidiennes : aspects épidémiologique, clinique, radiologique et histologique (à propos de 112 cas). *Ann. Fr. Otorhinolaryngol. Pathol. Cervicofac*. 2012;129(5):267-335.
- [10]. Ben Brahim E, Ferchiou M, Khayat O, Zribi S, M'barek C, Labbène N et al. Les tumeurs des glandes salivaires : Etude anatomoclinique et épidémiologique d'une série de 180 cas. *Tunis Médical*. 2010;88(4):240-44.
- [11]. Amara B, Pegbessou E, Boko E, Agoda P, Darre T, Kpemissi E et al. Tumeurs malignes de la parotid : épidémiologie au Togo. *Rev Stomatol Chir Maxillo fac*. 2014;115(1):15-6.
- [12]. Fontanel JP, Poitout F, Klossek JM. Tumeurs des glandes salivaires. *Encycl Med Chir Oto-RhinoLaryngologie*. 1995; E-20- 628-B-10.
- [13]. Halimi P, Gardner M, Petit F. Les tumeurs des glandes salivaires. *Cancer/Radiothérapie*. 2005;9(4): 251- 60.
- [14]. Bruneton JN, Mourou MY. Ultrasound in salivary gland disease. *ORL*. 1993;55(5): 284-9.
- [15]. Thariat J, Vedrine PO, Orbach D, Marcy PY, Badoual C, Butori C et al. Tumeurs malignes des glandes salivaires chez l'enfant. **Bull. Cancer**. 2011;98(7):847-55.
- [16]. Lebeau J. (2009). Chirurgie maxilla-faciale et stomatologie pour le 2ème cycle des études médicales Masson Paris, p120.

- [17]. Fricain JC, Bodard AG, Boisramé S. (2017). Chirurgie orale ID Paris, 487-9.
- [18]. Takahama JA, Almeida OP, Kowalski LP. Parotid neoplasms: analysis of 600 patients attended at a single institution. Braz J Otorhinolaryngol. 2009;75:497-501.
- [19]. Musani MA, Sohail Z, Zafar A, Malik S. Morphological pattern of parotid gland tumors. J Coll Physicians Surg Pak. 2008;18:274-7.