

UNIVERSITE DE NANTES
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2015

N° 011

Les tumeurs des glandes salivaires accessoires

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée

et soutenue publiquement par

GHOUATI épouse KASPERCZYK Nabila

Née le 29 janvier 1984

Le 20/05/2015 devant le jury ci-dessous :

Président : M. le Professeur Philippe LESCLOUS

Assesseur : M. le Docteur Saïd KIMAKHE

Assesseur: M. le Docteur Antoine DAUZAT

Assesseur: Mme le Docteur Alexandra CLOITRE

Directeur: M. le Docteur Saïd KIMAKHE

UNIVERSITÉ DE NANTES	
Président	Pr LABOUX Olivier
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE	
Doyen	Pr AMOURIQ Yves
Assesseurs	Dr RENAUDIN Stéphane Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre
Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	
Monsieur AMOURIQ Yves Monsieur GIUMELLI Bernard Monsieur LESCLOUS Philippe	Madame LICHT Brigitte Madame PEREZ Fabienne Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre
Professeurs des Universités	
Monsieur BOULER Jean-Michel	
Professeurs Emérites	
Monsieur BOHNE Wolf	Monsieur JEAN Alain
Praticiens Hospitaliers	
Madame DUPAS Cécile Madame LEROUXEL Emmanuelle	Madame BLERY Pauline Madame Isabelle HYON Madame Hélène GOEMAERE GALIERE
Maîtres de Conférences Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	Assistants Hospitaliers Universitaires des C.S.E.R.D.
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BADRAN Zahi Monsieur BODIC François Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Madame ENKEL Bénédicte Monsieur GAUDIN Alexis Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Madame JORDANA Fabienne Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LE BARS Pierre Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Madame LOPEZ-CAZAUX Serena Monsieur MARION Dominique Monsieur NIVET Marc-Henri Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Elisabeth Monsieur STRUILLOU Xavier Monsieur VERNER Christian	Madame BOEDEC Anne Monsieur CLÉE Thibaud Monsieur DAUZAT Antoine Monsieur DEUMIER Laurent Madame CLOITRE Alexandra Madame GOUGEON Béatrice Monsieur KOUADIO Kouakou (Assistant associé) Monsieur LANOISELEE Edouard Monsieur LE BOURHIS Antoine Madame LE GOFFE Claire Madame MAÇON Claire Madame MELIN Fanny Madame MERAMETDJIAN Laure Monsieur PILON Nicolas Monsieur PRUD'HOMME Tony Monsieur RESTOUX Gauthier Madame RICHARD Catherine Monsieur ROLOT Morgan
Enseignants Associés	A.T.E.R.
Madame BRETECHE Anne (MC Associé) Madame RAKIC Mia (MC Associé) Madame VINATIER Claire (PR Associé)	Monsieur COUASNAY Greig

Par délibération, en date du 6 Décembre 1972, le conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A Monsieur le Professeur Philippe LESCLOUS,

Professeur des universités

Docteur de l'université de Paris DESCARTES

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaire

Chef du Département de Chirurgie Orale

Habilité à diriger des recherches

-NANTES –

Pour avoir accepté la présidence de ce jury,

Pour la qualité de votre enseignement,

Pour votre gentillesse et votre bonne humeur

Veillez trouver ici mes sincères remerciements

A Monsieur le Docteur Saïd KIMAKHE,

Maître de Conférences des universités

Docteur de l'Université de Nantes

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaire

Département de Chirurgie Orale

- NANTES-

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse

Pour votre soutien et votre investissement dans ce travail

Pour le temps que vous m'avez accordé et votre patience

Pour votre aide précieuse dans chaque étape de ce travail

Pour votre regard critique qui m'a poussé à chercher le meilleur résultat possible

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de ma haute considération.

A Monsieur le Docteur Antoine DAUZAT,

Assistant Hospitalier Universitaire des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaire

Docteur de l'Université de Nantes

Département de Chirurgie Buccale

-NANTES-

Pour avoir accepté de siéger dans ce jury de thèse

Pour votre sympathie, votre bonne humeur et vos conseils

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde admiration et de mon plus grand respect.

A Madame le Docteur Alexandra CLOITRE,

Ancienne interne aux hôpitaux de Nantes

Docteur en chirurgie dentaire

Assistante hospitalière universitaire

-NANTES-

Pour avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse

Pour votre gentillesse et votre disponibilité

Veillez accepter mes remerciements les plus sincères

A mes parents,

A mon mari,

A mes frères et sœurs,

A toute ma famille,

Et

A mes amis.

Les tumeurs des glandes salivaires accessoires

Table des matières

1. Introduction	12
2. Classifications	13
3. Epidémiologie	13
3.1. Répartition selon la variété histologique	13
3.2. Répartition selon le sexe et l'âge	13
3.3. Répartition selon le site anatomique	13
4. Clinique	14
5. Examens complémentaires	14
5.1. Biopsie	14
5.2. Cytoponction à l'aiguille fine (CAF)	15
5.3. Imagerie	16
5.3.1 Imagerie par résonance magnétique (IRM).....	16
5.3.2 Tomodensitométrie (TDM).....	17
5.3.3 Tomographie par émission de positrons : TEP-FDG.....	18
5.3.4 Echographie.....	18
6. Principales formes cliniques	18
6.1 Tumeurs bénignes	18
6.1.1 Adénome pléomorphe.....	18
6.1.2 Adénome canalaire.....	21
6.1.3 Cystadénome papillaire.....	21
6.1.4 Myoépithéliome	22
6.2 Tumeurs malignes	22

6.2.1 Carcinome mucoépidermoïde.....	22
6.2.2 Carcinome adénoïde kystique.....	25
6.2.3 Adénocarcinome polymorphe de bas grade.....	26
6.2.4 Adénocarcinome.....	28
6.2.5 Carcinome ex adénome pléomorphe.....	29
6.2.6. Carcinome à cellules claires	30
7. Diagnostic différentiel.....	31
7.1 Les kystes et pseudo kystes salivaires (pseudo kyste mucoïde ou mucocele).....	31
7.2 Lipome.....	31
7.3 Abscess sous périoste.....	32
7.4 Carcinome épidermoïde.....	32
7.5 Lithiase des GSA.....	33
7.6 Botryomycome	33
7.7 Sialométaplasie nécrosante.....	34
7.8 Diapneusie.....	34
7.9 Lymphome malin non hodgkinien.....	34
7.10 Torus.....	35
8. Thérapeutique.....	35
8.1 Tumeurs bénignes.....	35
8.2 Tumeurs malignes.....	35
8.2.1 Bilan d'extension.....	36
8.2.1.1 locorégional.....	36
8.2.1.2 A distance.....	36
8.2.2. Réunion de concertation pluridisciplinaire.....	36
8.2.3. Recommandations standards	36
8.2.3.1. Chirurgie.....	37
8.2.3.2. Radiothérapie.....	37

9. Pronostic	38
10. Cas cliniques	41
11. Discussion	44
12. Conclusion	46
Bibliographie	47
Tables des abréviations	54
Table des illustrations	55
Annexes	58

1. Introduction

La muqueuse buccale est d'une extrême richesse en tissu salivaire, elle contient entre 500 et 1 000 glandes salivaires accessoires (GSA), mesurant 1 à 5 mm, disséminées dans toute la muqueuse et drainées chacune par un petit canal excréteur. Elles ne sont pas encapsulées et sont bien souvent intriquées au tissu musculaire ou adipeux. Cette absence de limitation rend difficile l'appréciation de leur caractère infiltrant dans les cas de tumeurs malignes (29).

Toutes ces glandes peuvent être atteintes soit de pseudo-tumeurs qui sont les kystes ou pseudo-kystes mucoïdes, soit de tumeurs vraies dont la majorité est histologiquement maligne.

L'étude des principales séries de cas publiées dans la littérature montre que les variétés histopathologiques de tumeurs bénignes et malignes qui s'y développent sont sensiblement les mêmes que celles atteignant les glandes salivaires principales. On voit prédominer telle ou telle variété de ces tumeurs selon les localisations (37).

Ce travail traite ces tumeurs des GSA en montrant leurs différents aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques, en soulignant les méthodes de diagnostic et de prise en charge thérapeutique des patients atteints de ces tumeurs.

2. Classifications

Depuis 2005 l'OMS classe les tumeurs des glandes salivaires selon leurs caractéristiques histologiques. Cette classification distingue les tumeurs bénignes des tumeurs malignes (annexe1).

En s'appuyant sur cette classification, le groupe national d'experts anatomopathologistes, après une revue de la littérature, a établi une classification histologique des tumeurs malignes par grade de malignité (annexe 2) (54).

3. Epidémiologie

Les tumeurs des glandes salivaires représentent 3 à 5% de toute la pathologie tumorale de la tête et du cou (58) (34) (42) (47).

Une étude rétrospective, descriptive et analytique menée sur 10 ans dans les services d'ORL et d'Anatomie Pathologique du CHU de Lomé au Togo a rapporté les résultats suivants :

- Les tumeurs des glandes salivaires représentaient 17,19% des tumeurs ORL.
- Les tumeurs des glandes salivaires accessoires représentaient 26,84% des tumeurs des glandes salivaires.
- Les tumeurs bénignes représentaient 71,43% et les tumeurs malignes 21,43% (12).

3.1. Répartition selon la variété histologique:

Strick M. et coll (2004) (64) rapportent que dans la majorité des larges séries d'études rapportées dans la littérature, l'adénome pléomorphe, le cystadénome, l'adénome canaliculaire, le carcinome mucoépidermoïde, et le carcinome adénoïde kystique sont les plus répandues des tumeurs des glandes salivaires accessoires intra orales (annexe 3).

3.2. Répartition selon le sexe et l'âge:

Certains auteurs ont observé une prédominance féminine. Les femmes étaient concernées dans :

- 62% des cas dans l'étude de Pires (52).
- 59% des cas dans celle de Jaber (32).
- 56% des cas pour Salagado et son équipe (58).

Par ailleurs, Van Heerden et coll. (71) ont observé que les hommes étaient atteints dans 53% des cas.

L'âge d'apparition des tumeurs des glandes salivaires selon les données issues de la littérature est compris entre 30 et 70 ans, le pic de fréquence observé se situe entre 50 et 60 ans (51) (36) (58) (39).

Pires et coll. (2007) (51) ont observé que la moyenne d'âge des patients affectés était un peu plus élevée dans les tumeurs malignes que dans les bénignes: 62 ans contre 58 ans (51).

3.3. Répartition selon le site anatomique:

Le palais apparaît comme le site de prédilection des tumeurs des GSA (12) (21).

Pires et coll. (2007) (51) ainsi que Toida et coll. (2005) (68) à l'issue de leur analyse des données issues de la littérature concernant la localisation des tumeurs des glandes salivaires accessoires, rapportent que le palais était le site le plus atteint, suivi des lèvres puis du reste de la muqueuse buccale (annexe 4).

4. Clinique

L'interrogatoire du patient précise le moment et les modalités de début de la pathologie, son caractère brusque ou progressif, uni ou bilatéral, en relation ou non avec les repas. Le patient décrit le caractère des douleurs éventuelles, ses sensations de distension tissulaire, de dysphagie, voire de trismus. Enfin il décrit les caractéristiques de sa salive : rare ou abondante, liquide ou épaisse, de gout désagréable ou non (50).

Les tumeurs bénignes des glandes salivaires accessoires revêtent le plus souvent l'aspect d'une tumeur solitaire, indolente, ferme, bien limitée, mobile (sauf au palais dur là où la muqueuse est adhérente à l'os), sans adénopathie régionale, à évolution très lente.

Dans le cas de tumeurs malignes, cette malignité se manifeste plus ou moins par une simple sensibilité ou des douleurs, une ulcération plus ou moins hémorragique, une adénopathie, l'image radiologique d'une lyse osseuse sous-jacente (1).

5. Examens complémentaires

5.1. Biopsie

La biopsie préopératoire contribue à l'identification histologique et l'orientation diagnostique, confrontée aux données cliniques et radiologiques, elle permet de confirmer un diagnostic de certitude. (annexe 5)

Toutefois, l'examen extemporané peut être réalisé, il permet au chirurgien d'adapter son geste opératoire, pour effectuer une chirurgie élargie ou pas.

En revanche, l'extemporanée peropératoire n'est pas exempte d'erreurs. En effet, l'interprétation extemporanée d'une tumeur décrite comme bénigne alors que le diagnostic final est malin a été notée dans 3% des cas par Kane et coll., 11% des cas par Layfield et coll. et 16% des cas par Chan et coll. (5).



Figure 1 : Biopsie des glandes salivaires labiales (49).

Une orientation du prélèvement doit être incluse dans la demande d'analyse anatomopathologique : les limites antérieure, postérieure, et latérale doivent être notées (45) (fig.2, fig.3).



Figure 2 : Une excision d'une lésion de surface doit être guidée par la détermination de la périphérie à l'aide d'un marqueur stérile (45).

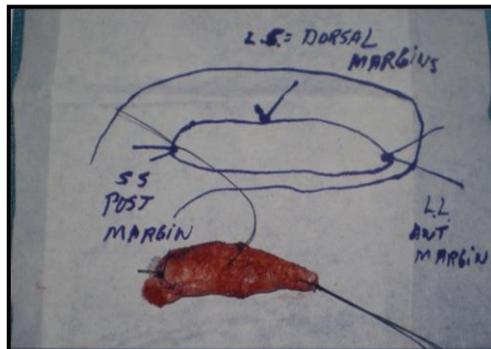


Figure 3 : Le spécimen excisé doit être orienté correctement. Un diagramme comme celui-ci accompagnant le prélèvement est idéal (45).

5.2. Cytoponction à l'aiguille fine (CAF)

La cytoponction à l'aiguille fine des tumeurs des glandes salivaires est utilisée depuis près d'un siècle, notamment après les travaux d'Eneroth (14). C'est un examen complémentaire controversé, systématique pour certains, il est à bannir pour d'autres.

Cet examen qui n'a de valeur formelle que s'il évoque une tumeur maligne, ne présente pas de risque de dissémination de cellules cancéreuses.

Selon Bonfils P. et coll., de nombreuses études ont évalué sa sensibilité qui varie de 85% à 99%, et sa spécificité qui varie de 96% à 100%. Lorsqu'elle est associée à l'IRM, la sensibilité est presque de 100%, et la spécificité de 88% (13).

Les difficultés rencontrées lors de cet examen de cytoponction sont en rapport avec :

- les variations d'expression cytologique des adénomes pléomorphes.
- l'existence de formes de transition vers la malignité de certaines tumeurs bénignes, telles les tumeurs oncocytaires et les tumeurs myo-épithéliales.
- l'existence de tumeurs cytologiquement très proches, comme l'adénome à cellules basales et le carcinome adénoïde kystique (13).

Par ailleurs, Hughes I.H. et coll (2005) rapportent un taux de faux négatifs de la cytoponction à l'aiguille fine de plus de 33% et une spécificité proche de 50% concernant le carcinome adénoïde kystique (31).

5.3. Imagerie

L'imagerie des tumeurs des glandes salivaires permet d'évaluer l'invasion locale et la propagation régionale . Elle est principalement dominée par l'IRM, la TDM et le TEP Scann. Les radiographies conventionnelles sans préparation peuvent être à l'origine de découverte fortuite de ces tumeurs (fig.4, fig.5).

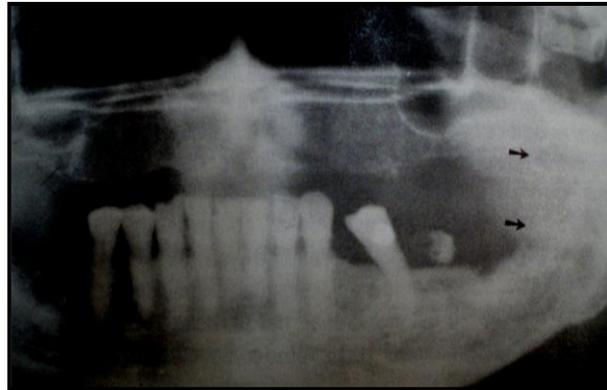


Figure 4 : Tumeur mucoépidermoïde des glandes salivaires accessoires du trigone rétromolaire gauche (femme de 77ans).radiographie panoramique objectivant l'atteinte osseuse dans cette région (50).



Figure 5 : Radiographie rétroalvéolaire d'un adénome pléomorphe du Palais, objectivant un épaissement anormal du plancher sinusien. Cas du Pr KHAZANA (Centre de consultaion et de traitement dentaire de Casablanca (Maroc))

A l'issu de ces examens et en se basant sur la sémiologie radiologique des tumeurs des glandes salivaires, on peut définir leur caractère malin et le différencier du bénin.

5.3.1 Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Cet examen est indispensable pour une étude préopératoire des processus tumoraux et pseudo tumoraux (40). Il permet d'éliminer les lésions de contiguïté (sous-cutanée, adénopathie sous-digastrique, kyste du 2^e arc branchial par exemple). Il permet aussi de distinguer les lésions tissulaires des lésions kystiques (14).

Une revue de littérature a été publiée par Halimi et coll. (2005) (74), selon laquelle les séquences conventionnelles en écho de spin T1 et T2 après injection de gadolinium sont incontournables. Elles peuvent être complétées par une séquence de diffusion avec mesure du coefficient d'ADC (*apparent diffusion coefficient*) qui permet de préciser la nature bénigne ou maligne de la tumeur.

La sensibilité est la spécificité de cet examen sont respectivement de 88% et de 77% Selon Bonfils P. (2007) (14).

En comparaison avec le CT scanner outre le coût relativement élevé de l'IRM, le désavantage de cet examen est sa susceptibilité aux artéfacts de mouvement et sa faible délimitation de l'os cortical.

En effet, lorsqu'il s'agit d'une érosion osseuse comme dans le cas de tumeurs malignes des glandes salivaires accessoires palatines, le CT scan est nécessaire (14) contrairement aux localisations jugales ou molaires, qui sont à peu près constamment des adénomes pléomorphes, où l'IRM est le seul examen à envisager (33) (fig.6, fig.7).



Figure 6 : IRM d'un carcinome adénoïde kystique du palais mou (40).

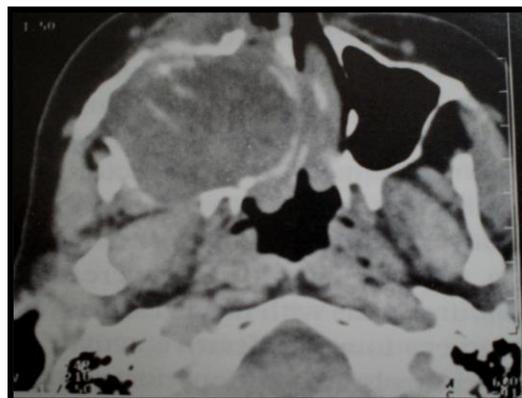


Figure 7 : CT scan d'un carcinome adénoïde kystique du palais avec une propagation vers le sinus paranasal (40).

5.3.2 Tomodensitométrie (TDM)

Elle permet de réaliser un diagnostic topographique en localisant la tumeur avec précision. Cet examen a perdu une part importante de son intérêt avec l'apparition de l'IRM (14). Néanmoins, la TDM reste d'une grande utilité dans l'appréciation de la destruction osseuse dans les cas de tumeurs malignes.

5.3.3 Tomographie par émission de positrons : TEP-FDG

La tomographie par émission de positrons utilisant le [18] fluoro-désoxyglucose (FDG) est un examen fonctionnel visualisant les zones corporelles d'hyperactivité métabolique.

Le principe de l'utilisation du FDG, analogue radioactif du glucose, est basé sur sa répartition dans l'organisme qui va refléter le métabolisme cellulaire de ce dernier et de ce fait, les zones d'hyperactivité sont détectées par tomographie par émission de positrons (TEP).

Les cellules cancéreuses ayant une hyperactivité métabolique, le TEP-FDG va permettre de détecter la localisation des différents sites tumoraux (primaires et secondaires).

En revanche, dans le cadre des tumeurs des glandes salivaires, plusieurs travaux ont conclu au manque d'intérêt de cette technique car elle ne permet pas de différencier avec fiabilité les tumeurs bénignes des tumeurs malignes (14).

5.3.4 Echographie

Longtemps considérée comme un examen clé de l'exploration des tumeurs des glandes salivaires, l'échographie est maintenant considérée d'un intérêt limité. C'est un examen simple, non invasif et peu coûteux.

La distinction entre tumeur bénigne et tumeur maligne est basée sur des critères échographiques limités : l'homogénéité du contenu tumoral, l'aspect et les limites de la tumeur. Ainsi, si la tumeur est homogène et à contours nets, on évoque la bénignité. Dans le cas contraire, la malignité est suspectée. Néanmoins, la fiabilité n'est que de 75% dans le cadre des tumeurs bénignes et de 65% dans celui des tumeurs malignes selon Bonfils P. (2007) (14).

6. Principales formes cliniques

6.1. Tumeurs bénignes

6.1.1. Adénome pléomorphe :

Données cliniques :

C'est une tumeur arrondie ou fusiforme, indolore et d'évolution lente, ferme mais non dure, blanchâtre, macroscopiquement bien limitée mais sans véritable capsule. A la palpation, la tumeur peut perdre son caractère régulier, ce qui ne permet pas de préjuger son caractère malin (14) (65). (fig.8, fig.9, fig.10, fig.11).

Diagnostic différentiel :

Le diagnostic différentiel d'une masse ferme au niveau de la muqueuse palatine avec un épithélium sus-jacent intact se fait essentiellement avec d'autres néoplasmes salivaires. Ce sont les adénocarcinomes : adénoïde kystique, muco-épidermoïde et polymorphe de bas grade (19).

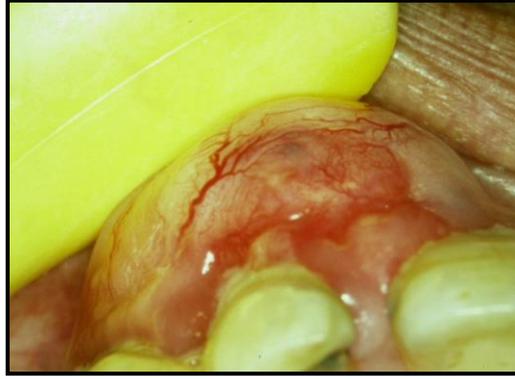


Figure 8 : Adénome pléomorphe de la muqueuse alvéolaire. Cas du Pr. KHAZANA (CHU Casablanca au Maroc)



Figure 9 : Adénome pléomorphe chez un homme de 84 ans (27)



Figure 10 : Adénome pléomorphe à la jonction palais dur palais mou (53)



Figure 11 : Adénome pléomorphe jugal gauche (27)

Anatomopathologie : (fig.12, fig.13)

C'est une tumeur caractérisée sur le plan microscopique plus par son architecture que par son pléomorphisme cellulaire.

L'adénome pléomorphe est composé de deux variétés de cellules, d'où le nom donné à cette tumeur. Il s'agit de cellules épithéliales et myoépithéliales au sein d'un stroma plus ou moins abondant, myxoïde et/ou chondroïde. 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.

La capsule de l'adénome pléomorphe, composée d'une couche de tissu fibreux, présente une épaisseur variable (14) (20).

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 identifiés : les adénomes pléomorphes hypo cellulaires, hyper cellulaires 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 (76).

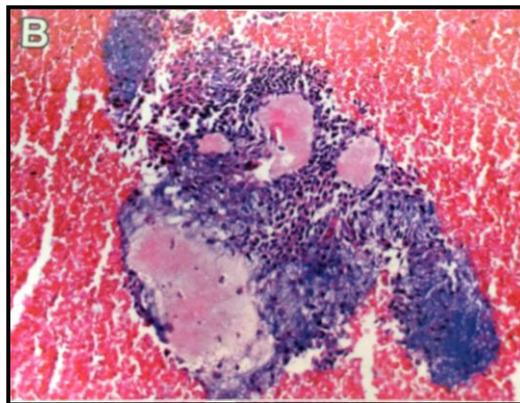


Figure 12 : Adénome pléomorphe : présence de cellules myoépithéliales et d'un stroma chondromyxoïde dans un fond hémorragique (52)

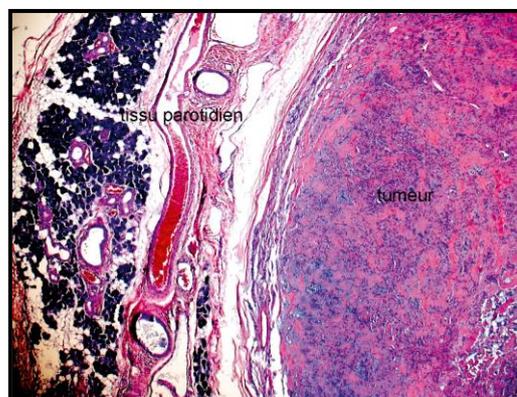


Figure 13 : Sur la partie droite de l'image présence d'un adénome pléomorphe bien limité encapsulé au stroma fibreux (zones orangées) ou myxoïde (zones bleutées). Le double contingent cellulaire épithélial et myoépithélial ne se voit pas à ce niveau de grossissement (17).

6.1.2. Adénome canalaire :

Données cliniques :

C'est une tumeur rare localisée essentiellement au niveau de la lèvre supérieure (90% des cas), sous forme d'un nodule limité de petit diamètre (1 à 2 centimètres) touchant les sujets âgés de plus de 50 ans (14) (fig.14)

Diagnostic différentiel :

Une masse librement mobile sur la lèvre supérieure suggère une mucocèle. Quoique les mucocèles ne sont pas répandues sur la lèvre supérieure en comparaison avec la lèvre inférieure. Cela peut représenter un adénome à cellules basales qui peut atteindre la lèvre supérieure. Un adénome pléomorphe peut être considéré, mais il n'est pas répandu sur la lèvre supérieure (61).

Anatomopathologie :

C'est une tumeur faite de cellules épithéliales en colonne avec un stroma pauvre et une importante vascularisation (14).



Figure 14 : Adénome canaliculaire de la lèvre supérieure (38).

6.1.3. Cystadénome papillaire :

Données cliniques :

C'est une tumeur rare qui affecte les glandes salivaires accessoires, sous la forme d'un petit nodule bien circonscrit. La localisation chez l'adulte est souvent palatine, mais aussi linguale, labiale ou rétro molaire.

Les cystadénomes représentent entre 2.0% et 4.7% de toutes les tumeurs des glandes salivaires accessoires (70).

Anatomopathologie:

Les cystadénomes des glandes salivaires sont des tumeurs épithéliales bénignes caractérisées par une croissance plus souvent multi kystique et des proliférations papillaires intraluminales.

Les cavités kystiques sont bordées par un épithélium d'origine canalaire intercalaire, composé de cellules cylindriques à cytoplasme éosinophile finement granuleux et à noyau ovale très coloré. Les parois forment des papilles qui font hernie dans la cavité (50).

Contrairement aux adénolymphomes, ces tumeurs ont un stroma conjonctif dépourvu d'éléments lymphoïdes (41).

6.1.4. Myoépithéliome :

Données cliniques :

Les myoépithéliomes qui apparaissent au niveau des glandes salivaires sont relativement rares, représentant moins de 1% de tous les néoplasmes des glandes salivaires. Pour les glandes salivaires accessoires, leur site de prédilection est le palais, la localisation labiale est extrêmement rare (14) (fig. 15).

Diagnostic différentiel :

Cliniquement, le diagnostic différentiel se fait souvent avec les tumeurs des glandes salivaires les plus communes : l'adénome pléomorphe, l'adénome à cellules basales, le carcinome adénoïde kystique et le carcinome muco-épidermoïde (14).

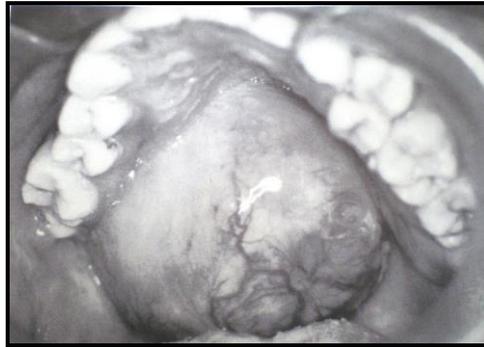


Figure 15 : Myoépithéliome du palais dur (49).

Anatomopathologie:

C'est une tumeur composée exclusivement de cellules myoépithéliales. Elle peut avoir diverses structures possibles : solide, réticulaire ou myxoïde. Il existe un lien entre adénome pléomorphe et adénome myoépithélial par la présence dans les deux tumeurs de cellules myoépithéliales ; néanmoins, l'adénome myoépithélial ne présente pas de différenciation canalaire tandis qu'il présente une démarcation franche entre les éléments cellulaires et le stroma. Une telle distinction est importante car les myoépithéliomes sont d'évolution plus agressive que les adénomes pléomorphes avec un risque de transformation maligne plus élevé (61).

6.2. Tumeurs malignes

La présentation clinique et le comportement de ces tumeurs sont variables, elles sont souvent caractérisées par une lente récurrence, plusieurs années après traitement. Ces lésions présentent une croissance lente asymptomatique, pendant plusieurs mois ou même plusieurs années avant d'être diagnostiquées (64).

6.2.1. Carcinome muco-épidermoïde :

Le premier cas a été décrit en 1895 mais le nom a été attribué en 1945 en raison du double contingent cellulaire décrit dans cette tumeur (9).

Le carcinome muco-épidermoïde est défini comme un néoplasme épithélial malin composé de cellules muqueuses, intermédiaires et épidermoïdes. La proportion de chaque type de cellules varie d'une tumeur à une autre (69).

Données cliniques :

La tumeur se présente sous forme d'une masse sous muqueuse et qui peut être douloureuse ou ulcérée. Elle peut apparaître d'une couleur bleutée en rapport avec le contenu muqueux de la lésion (14).

C'est une tumeur bien circonscrite mais non encapsulée. Il peut exister des formes kystiques notamment dans les formes de bas grade. Ces dernières se présentent le plus souvent comme un adénome pléomorphe (26) (fig.16, fig.17, fig.18, fig.19).



Figure 16 : Carcinome muco-épidermoïde chez un homme de 45 ans (27)

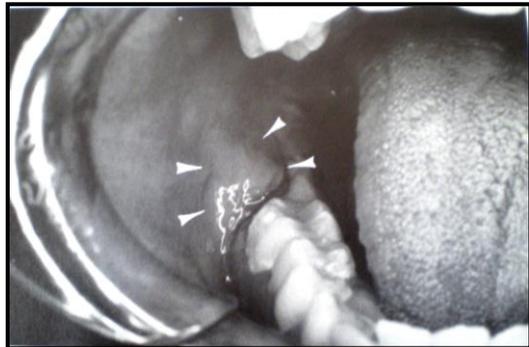


Figure 17 : Carcinome muco-épidermoïde des glandes salivaires accessoires rétromolaires droites (49)



Figure 18 : Carcinome muco-épidermoïde de bas grade du palais en vision indirecte (45)

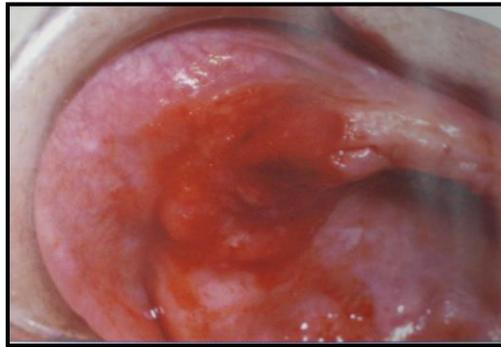


Figure 19 : Carcinome muco-épidermoïde de haut grade ressemblant à un carcinome à cellules squameuses par son large diamètre, sa croissance infiltrante rapide et sa grande possibilité de devenir ulcéré (45)

Diagnostic différentiel :

Un carcinome muco-épidermoïde de bas grade au niveau de la muqueuse palatine peut être ulcéré ou pas. Quand la muqueuse sus-jacente est intacte, le premier diagnostic différentiel est l'adénome pléomorphe. En revanche, et en présence d'ulcération non d'origine traumatique, le carcinome adénoïde kystique devient la première lésion différentielle, suivi par l'adénocarcinome polymorphe de bas grade et probablement le carcinome ex adénome pléomorphe (14).

Anatomopathologie :

L'histopathologie montre la présence de trois types de cellules : muqueuses, épidermoïdes, et intermédiaires. La proportion des différents types cellulaires varie d'une tumeur à l'autre et même au sein d'une même tumeur, cette proportion aide à classer la tumeur en trois types, de haut grade, de grade intermédiaire et de bas grade (14) (fig.20, fig.21).

Les tumeurs de bas grade sont bien différenciées, circonscrites mais non encapsulées, le plus souvent de moins de 4 cm de diamètre. Plus de 50% de la tumeur est alors formé de cellules épithéliales bien différenciées et de cellules produisant du mucus.

Les tumeurs de haut grade sont peu différenciées, généralement de plus de 4 cm de diamètre, sont surtout solides et présentent des zones hémorragiques et nécrotiques, les cellules à mucus y sont rares.

Près de 75% des carcinomes muco-épidermoïdes sont de bas grade (45).

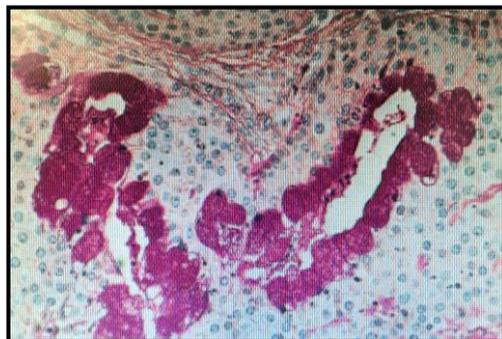


Figure 20 : Carcinome muco-épidermoïde : mucosécrétion à acide para amino-salicylique (PAS) positive. PAS x 150 (1)

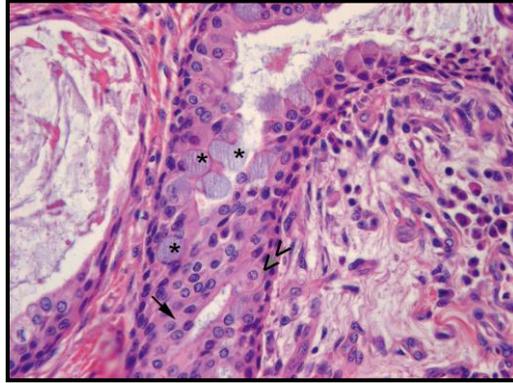


Figure 21 : Carcinome muco-épidermoïde formé de trois contingents cellulaires:
1. Cellules mucosécrétantes (cylindriques à pôle muqueux ouvert) (*)
2. Cellules épidermoïdes (grande taille au cytoplasme éosinophile avec une différenciation kératosique focale) (double flèche)
3. Cellules intermédiaires (taille moyenne, au cytoplasme éosinophile) (flèche noire) (17)

6.2.2. Carcinome adénoïde kystique :

Considéré comme la deuxième tumeur qui touche les glandes salivaires (35). Le carcinome adénoïde kystique est un néoplasme épithélial malin dérivé des glandes salivaires, décrit pour la première fois par Robin et Laboulbene en 1853. La tumeur a été considérée comme un cylindrome par Billroth de par son apparence cribiforme (3).

Il s'agit d'un néoplasme à croissance lente mais agressif avec une capacité de récurrence remarquable.

Données cliniques :

Cette tumeur représente approximativement 10% des néoplasmes salivaires et 30% des tumeurs des glandes salivaires accessoires.

La plupart du temps, la tumeur apparaît comme une masse salivaire sans particularité clinique. Cette tumeur se développe comme une masse à croissance lente avec une large infiltration locale, cela peut être suivi d'une douleur due à la tendance à l'invasion péri-neurale. La dissémination ganglionnaire est rare (moins de 20% des cas) (14) (43) (fig.22).



Figure 22 : Carcinome adénoïde kystique du palais (38)

Diagnostic différentiel :

Le diagnostic différentiel cytologique le plus important du carcinome adénoïde kystique est l'adénocarcinome polymorphe de bas grade. En effet et même à l'examen histopathologique, il est parfois difficile de différencier entre ces deux néoplasmes (56).

Anatomopathologie :

Le carcinome adénoïde kystique se présente comme une tumeur infiltrante avec trois profils possibles : glandulaire, tubulaire ou solide (21). Les trois types peuvent être rencontrés dans une même lésion, des nécroses peuvent apparaître dans les aires solides.

Le carcinome adénoïde kystique est constitué de deux types cellulaires : des cellules de type canalaire et des cellules myoépithéliales. Un envahissement périneural ou périvasculaire est très caractéristique (14) (fig. 23, fig. 24).

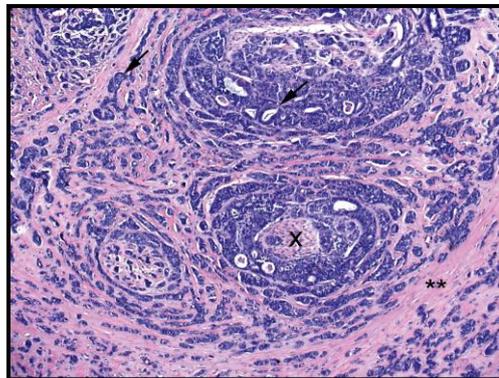


Figure 23 : Carcinome adénoïde kystique: Petites cellules cuboïdales peu atypiques et cellules myoépithéliales organisées en tube ou en massif (flèches noires). Une condensation fibro-hyaline est souvent présente autour des amas tumoraux (**). Notez l'engainement périnerveux au centre (X) (17)

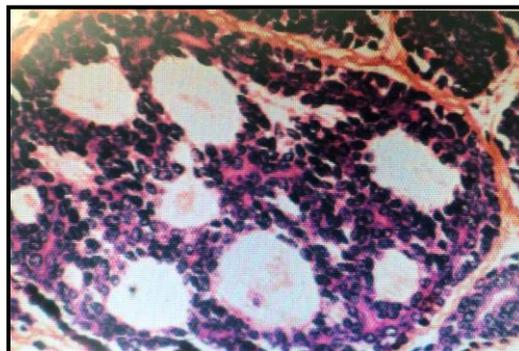


Figure 24 : Carcinome adénoïde kystique : aspect cribriforme, nodule épithélial creusé de cavités à contenu mucoïde. Hématoxyline-éosine × 250 (1)

6.2.3. Adénocarcinome polymorphe de bas grade :

Données cliniques :

Décrite pour la première fois en 1983, c'est une tumeur maligne affectant essentiellement les glandes salivaires accessoires. Leur site de prédilection est la jonction palais dur - palais mou.

Ces tumeurs se présentent sous forme de masses asymptomatiques à croissance lente et qui peuvent être ulcérées, leur potentiel métastatique est faible (49) (72) (fig.25, fig.26).



Figure 25 : Adénocarcinome polymorphe de bas grade du palais droit (49)



Figure 26 : Adénocarcinome polymorphe de bas grade du palais (45)

Diagnostic différentiel :

Se fait avec l'adénome pléomorphe, le carcinome adénoïde kystique, le carcinome muco-épidermoïde de bas grade et l'adénome canaliculaire (14).

Anatomopathologie :

Le diagnostic histologique de l'adénocarcinome polymorphe de bas grade (APBG) est basé sur trois critères majeurs : le polymorphisme architectural, l'aspect monomorphe des cellules tumorales et le mode de croissance infiltrant.

Le polymorphisme architectural se traduit par un agencement des cellules tumorales en lobules, microkystes contenant des papilles, zones cribiformes et structures trabéculaires ou tubulaires. Ce polymorphisme architectural contraste avec le monomorphisme cellulaire : les cellules tumorales sont régulières, uniformes, de taille petite à moyenne, à cytoplasme abondant éosinophile ou clair mal délimité et à noyau rond ou ovoïde muni d'une chromatine vésiculeuse et parfois d'un fin nucléole (4) (18) (25). (fig.27, fig.28)

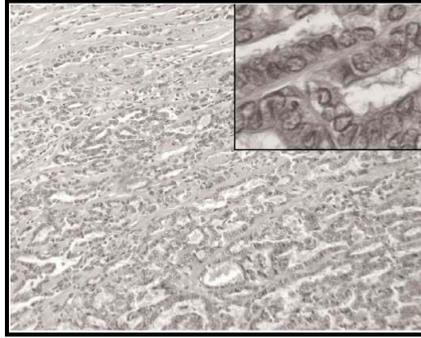


Figure 27: APBG : Architecture tubulaire (HE x 40). En cartouche, cellules tumorales cylindriques à cytoplasme faiblement éosinophile et à noyau rond ou ovoïde à chromatine vésiculeuse (HE x 400).
(4)

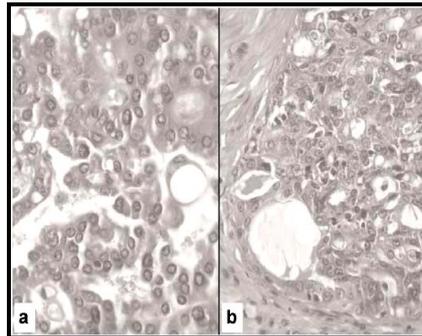


Figure 28: APBG: Architecture pseudo papillaire (HE x 400) (a) et cribriforme (HE x 200) (b) (4)

6.2.4. Adénocarcinome :

Données Cliniques :

Cliniquement, l'adénocarcinome est une tumeur ferme, mal limitée, de croissance relativement rapide.

Parfois adhérente aux structures voisines, notamment à la peau, la tumeur est assez rapidement douloureuse et peut envahir les structures nerveuses. Ces signes traduisent une malignité plus marquée (60) (fig.29, fig.30).

Diagnostic différentiel :

Doit se faire avec les autres tumeurs malignes des glandes salivaires et aussi les carcinomes à cellules squameuses (23).



Figure 29 : Adénocarcinome du palais (53)

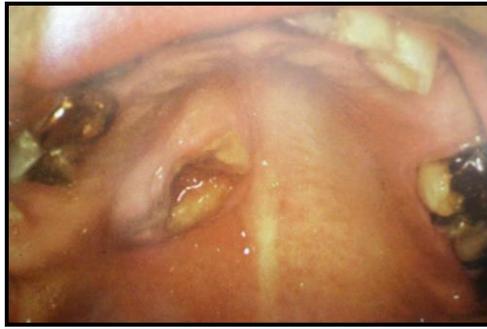


Figure 30 : Adénocarcinome du palais (53)

Anatomopathologie :

La tumeur est constituée par un seul type de cellules organisées en tubules, en canalicules et parfois en papilles (46).

Certains adénocarcinomes ont une structure trabéculaire peu différenciée, d'autre des structures papillaires projetées dans des cavités kystiques parfois vastes (68).

6.2.5. Carcinome ex adénome pléomorphe :

Données cliniques :

Cette tumeur provient d'un adénome pléomorphe existant pendant plusieurs années ou qui a présenté de multiples récurrences pendant plusieurs années. Le passage à la malignité se manifeste cliniquement par une modification récente, caractérisée par une augmentation de volume et l'apparition de douleurs.

Près de 18% de ces tumeurs concernent les glandes salivaires accessoires (14) (fig.31, fig 32).

Diagnostic différentiel :

Doit se faire avec l'adénome pléomorphe et les autres tumeurs malignes (14).



Figure 31 : Adénome pléomorphe malin du palais (38)



Figure 32 : Un carcinome ex-adénome pléomorphe (45)

Anatomopathologie : (fig.33)

Trois formes anatomopathologiques ont été décrites :

- Le carcinome non invasif au sein d'un adénome pléomorphe : les zones malignes sont bien limitées sans infiltration du tissu avoisinant. Le terme de carcinome non invasif doit être préféré à celui de carcinome intracapsulaire ou de carcinome in situ.
- Le carcinome invasif au sein d'un adénome pléomorphe : dans ce cas, l'importance de l'envahissement doit être estimée en millimètres ce qui permet de porter un jugement évolutif.
- Le carcinosarcome : exceptionnel et gravissime (59).

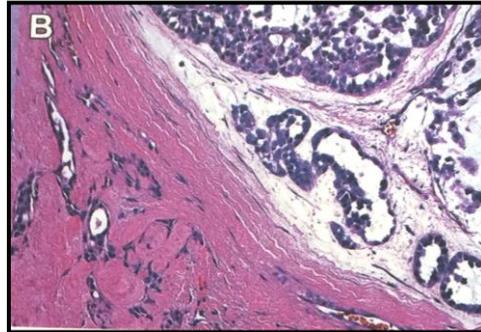


Figure 33: Un carcinome ex-adénome pléomorphe: Cellules épithéliales atypiques hyperchromatiques formant des espaces kystiques, dans un stroma hyalinisé (Hématoxyline éosine×200) (52)

6.2.6. Carcinome à cellules claires :

Données cliniques :

Le carcinome à cellules claires est une tumeur de bas grade des glandes salivaires, rare et indolente(75). Cette tumeur atteint les glandes salivaires accessoires dans 91% des cas, particulièrement au niveau du palais et de la base de la langue, et concerne les patients âgés de plus de 30 ans avec une moyenne d'âge de 54.2 avec un rapport femme/homme de 1.4/1 (28). (fig.34)

Diagnostic différentiel :

Se fait avec les autres néoplasmes malins des glandes salivaires accessoires, le carcinome à cellules squameuses, le lymphome (28).

Anatomopathologie :

Le carcinome à cellules claires est constitué de cellules tumorales monomorphiques de forme ronde à polygonale avec un cytoplasme clair riche en glycogène et un stroma hyalinisé entourant les cellules (38).



Figure 34 : Adénocarcinome à cellules claires du palais (38)

7. Diagnostic différentiel

Face à une tuméfaction nodulaire située au niveau d'un site anatomique riche en GSA, il est important de réaliser des diagnostics différentiels avec d'autres affections :

7.1 Les kystes et pseudo kystes salivaires (pseudo kyste mucoïde ou mucocèle) :

Le kyste mucoïde (ou pseudokyste salivaire) est dû à l'obstruction de l'orifice de drainage d'une glande salivaire dans la muqueuse buccale.

Dans les localisations labiales, c'est une tuméfaction translucide du versant muqueux de la lèvre, indolore, qui se rompt spontanément et qui récidive rapidement (7) (fig.35)

La mucocèle du plancher peut naître des glandes sublinguales, sa taille est variable, elle est parfois de forme bilobée par le frein de la langue, d'où l'appellation « grenouillette». Elle peut aller jusqu'à gêner parole et déglutition (fig.36).

L'évolution spontanée est l'augmentation progressive de volume avec des épisodes de perforation spontanée puis de reformation du kyste. Des surinfections sont possibles (15).



Figure 35 : Kyste mucoïde développé aux dépens d'une glande salivaire accessoire de la lèvre inférieure (15)



Figure 36 : Kyste mucoïde (grenouillette) (15)

7.2 Lipome :

C'est une tumeur bénigne de la muqueuse buccale, qui se présente sous forme d'une lésion bien limitée, de consistance molle, de couleur jaunâtre lorsqu'elle est superficielle, rosâtre lorsqu'elle est profonde, elle est dans la plupart des cas indolore. Cette lésion peut être localisée au niveau des joues, de la langue, des lèvres, du trigone rétromolaire ou du plancher buccal (22) (fig.37)

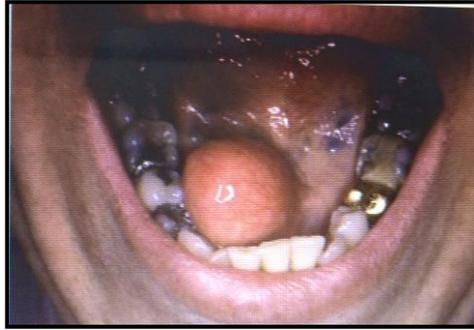


Figure 37 : Lipome du plancher buccal (15)

7.3 Abscès sous périosté :

L'abcès sous périosté d'origine dentaire ou parodontale est associé à une dent nécrosée ou à une lésion parodontale profonde. Cliniquement, il se traduit par une tuméfaction qui correspond à l'extension de l'infection au niveau des zones où il existe un contact direct entre muqueuse et périoste (48) (fig.38).



Figure 38 : Abscès sous périosté (27)

7.4 Carcinome épidermoïde :

C'est un carcinome qui se développe aux dépens d'un épithélium malpighien. Selon la localisation, plusieurs formes peuvent être trompeuses notamment la forme nodulaire interstitielle recouverte d'une muqueuse normale ou légèrement inflammatoire, et soulevée par le processus néoplasique sous-jacent (27) (fig.39, fig.40).



Figure 39 : Carcinome épidermoïde du plancher buccal (15)



Figure 40 : Carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure (7)

7.5 Lithiase des GSA :

Se présente sous forme d'un nodule sous-muqueux de petite taille mesurant en moyenne 1cm de diamètre, ferme et mobilisable mais sans induration des plans profonds, la muqueuse de recouvrement est légèrement surélevée, et ne présente pas d'érythème en dehors des périodes de poussées inflammatoires (65) (fig. 41)

La mise en évidence clinique du calcul peut se faire par l'exploration à la sonde. Cependant, la négativité de ce test n'exclue pas le diagnostic d'une lithiase des GSA.



Figure 41 : Lithiase d'une glande salivaire située au niveau de la lèvre supérieure (65)

7.6 Botryomycome :

C'est une pseudo-tumeur, se présentant sous forme d'un nodule hyperplasique, inflammatoire, et saillant à la surface de la muqueuse buccale. De consistance molle et de couleur rougeâtre, elle est parfois recouverte d'un enduit fibrineux jaunâtre (fig.42).

Cette lésion est souvent consécutive à un traumatisme récent, une irritation locale chronique, ou encore à un déficit immunitaire (22).



Figure 42 : Volumineux botryomycome du bord latéral de la langue (73)

7.7 Sialométaplasie nécrosante:

Il s'agit d'une affection bénigne et limitée correspondant à une nécrose d'origine ischémique des glandes salivaires accessoires, sa localisation habituelle est le palais dur. Certains facteurs déclenchants cette pathologie sont connu : éruption dentaire, chirurgie (adénoïdectomie), traumatisme local.

Cliniquement, la lésion correspond initialement à un nodule peu douloureux du palais dur qui peut se rompre dans la cavité buccale et devenir ulcéré (57) (fig.43).



Figure 43 : Sialométaplasie nécrosante du palais dur (57)

7.8 Diapneusie :

C'est un nodule fibroépithélial bénin induit par des phénomènes d'aspiration, de succion ou de pulsion au niveau de la face interne des joues ou du bord de la langue. Ce nodule est sessile, de quelques millimètres de diamètre, de consistance molle, indolore, souple, et qui devient progressivement dur (6) (16) (fig.44).



Figure 44 : Diapneusie du bord gauche de la langue mobile (6)

7.9 Lymphome malin non hodgkinien :

Les lymphomes malins non hodgkiniens constituent un ensemble hétérogène de lymphopathies. Il existe plusieurs classifications de ces lymphomes mais sur le plan pratique, on individualise des lymphomes agressifs dont le lymphome B diffus à grande cellules (le plus fréquent), et les lymphomes indolents dont le lymphome folliculaire et les lymphomes de MALT (Mucosa-Associated Lymphoid Tissue) (24).

Le signe d'appel de cette maladie peut être une lésion buccale, qui peut se présenter sous forme d'une tuméfaction ulcérée ou un nodule sous muqueux non douloureux et de consistance molle (27) (fig. 45).



Figure 45 : Lymphome malin NH de type B, du plancher buccal antérieur (27).

7.10 Torus :

C'est une exostose située principalement soit au niveau du palais soit sur le versant lingual de la mandibule, au-dessus de la ligne mylohyoïdienne, en regard des prémolaires. Cette lésion n'évolue pas dans le temps (fig.46)

En cas de gêne fonctionnelle, notamment pour l'appareillage dentaire, une résection chirurgicale est possible (15) (27).

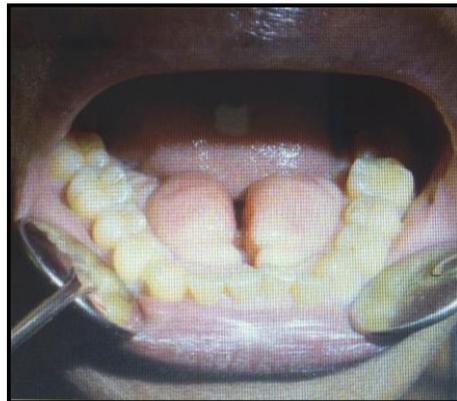


Figure 46 : Torus pelvien

8. Thérapeutique

8.1. Tumeurs bénignes :

Les tumeurs bénignes des glandes salivaires accessoires sont traitées par exérèse chirurgicale complète, parfois avec une marge de tissu sain lorsque la tumeur bénigne est adhérente (50).

8.2. Tumeurs malignes :

Comme pour toutes les tumeurs malignes un bilan d'extension est la première étape de la prise en charge de ces tumeurs :

8.2.1. Bilan d'extension :

8.2.1.1 locorégional

Il comprend :

▶ L'examen clinique standard avec évaluation :

- Des mensurations de la lésion
- De l'extension locale et régionale (adénopathies cervicales)
- Des manifestations évoquant la malignité telle envahissement osseux, muqueux
- Perturbations de la sensibilité nerveuse en cas d'envahissement neuronal

▶ Un examen endocavitaire en cas de tumeurs malignes des glandes salivaires accessoires. Il peut éventuellement être réalisé sous anesthésie générale pour permettre une exérèse ou une biopsie exérèse.

▶ Une imagerie préopératoire (IRM) est l'examen de référence. L'échographie et la TDM sont des alternatives acceptables notamment en cas de contre-indications à l'IRM.

8.2.1.2. A distance

Un scanner cervico-thoraco-abdominal permet de rechercher des adénopathies secondaires cervicales ainsi que des métastases systémiques. L'atteinte métastatique la plus fréquemment recherchée dans ce contexte étant l'atteinte parenchymateuse pulmonaire.

8.2.2. Réunion de concertation pluridisciplinaire (55)

Informations requises pour présenter un dossier en RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire):

- Données sociodémographiques
- Etat général OMS
- Poids habituel et perte de poids
- Antécédents médico-chirurgicaux
- Examen clinique et ORL
- Panendoscopie et cavoscopie
- Scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien
- TEP
- Compte-rendu anatomo-pathologique : cytoponction ou pièce opératoire
- Compte-rendu opératoire si le malade a déjà été opéré

8.2.3. Recommandations et standards de la prise en charge des tumeurs malignes :

Les dernières recommandations datent de 2009, elles ont été éditées par le réseau d'Expertise Français sur les Cancers ORL Rares (REFCOR). Celles-ci s'appuient sur les SOR (Standards Options Recommandations) qui ont été complétées par une actualisation des données de la littérature et par les avis des experts du groupe de travail du REFCOR (54).

Les SOR ont été édités pour la prise en charge clinique des patients atteints d'un cancer des glandes salivaires en 1997 puis mises à jour en 2003 et 2008.

L'objectif est de définir des "standards" et des "options" pour une situation clinique donnée qui prennent en compte l'efficacité et la toxicité des différentes alternatives thérapeutiques (10).

8.2.3.1. Chirurgie

Le REFCOR note qu'une évaluation de la résecabilité de la tumeur doit se faire dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire.

Une tumeur est considérée comme non résecable s'il existe un doute sur la possibilité d'une exérèse anatomiquement et macroscopiquement satisfaisante ou bien si l'intervention même associée à une radiothérapie complémentaire ne peut à priori pas assurer le contrôle locorégional (54).

Si la tumeur est résecable, le traitement de référence reste l'exérèse chirurgicale complète mais celle-ci devra être élargie dans le cadre d'une tumeur des GSA. De plus, en cas d'extension aux éléments nobles, une chirurgie mutilante peut être envisagée (54).

Pour les glandes salivaires accessoires, la chirurgie d'exérèse dépend de la localisation au sein des muqueuses des voies aérodigestives supérieures (VADS).

La résection des tumeurs malignes doit emporter une large marge de tissu sain et de muqueuse de recouvrement ; au niveau jugal, le buccinateur doit être réséqué. L'os mandibulaire ou maxillaire envahi par extension directe doit être réséqué. Au niveau labial, l'excision doit être large, en raison du taux plus élevé de récives qu'au niveau jugal par exemple. S'il existe des paresthésies labiales, le nerf mentonnier doit être examiné extemporanément au niveau du trou mentonnier ; s'il ya invasion périneurale, le nerf devra être extirpé de son canal de manière rétrograde, jusqu'à ce que l'examen extemporané se révèle négatif (14).

Le curage ganglionnaire homolatéral est :

- Un standard en présence d'adénopathies détectables cliniquement ou sur la TDM
- Un standard en l'absence d'adénopathies cliniques ou sur TDM, pour les tumeurs T2-T4 de haut grade et T4b
- Optionnel pour les tumeurs de bas grade et T1 de haut grade (54).

8.2.3.2. Radiothérapie :

► Dans le cas de chirurgie complète :

Le REFCOR considère que pour les stades II de haut grade, la radiothérapie peut être un standard thérapeutique et non une option.

Dans le cadre des tumeurs de grade intermédiaire, la nécessité d'une radiothérapie devra être discutée au cas par cas en RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) en fonction des arguments cliniques, chirurgicaux et anatomopathologiques (54).

Les éléments en faveur de la radiothérapie sont : l'agressivité de la tumeur ou l'incertitude sur la radicalité de l'exérèse chirurgicale.

► Dans le cas de chirurgie macroscopiquement ou microscopiquement incomplète :

Chez ces patients, la radiothérapie est un standard thérapeutique pour le REFCOR (54).

► **Irradiation des aires ganglionnaires :**

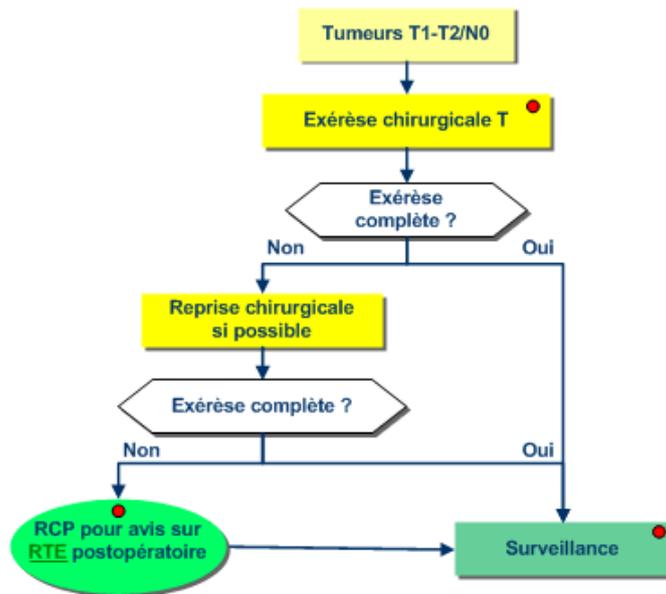
L'irradiation postopératoire des aires ganglionnaires cervicales peut être indiquée en fonction des données de l'examen anatomopathologique du curage cervical. Cette irradiation cervicale est systématique pour les tumeurs de haut grade quand le curage est contre indiqué (54).

► La neutronthérapie est une bonne indication dans le traitement des volumineuses tumeurs à croissance lente, peu radiosensibles et superficielles ; c'est souvent le cas des tumeurs inopérables des glandes salivaires (14).

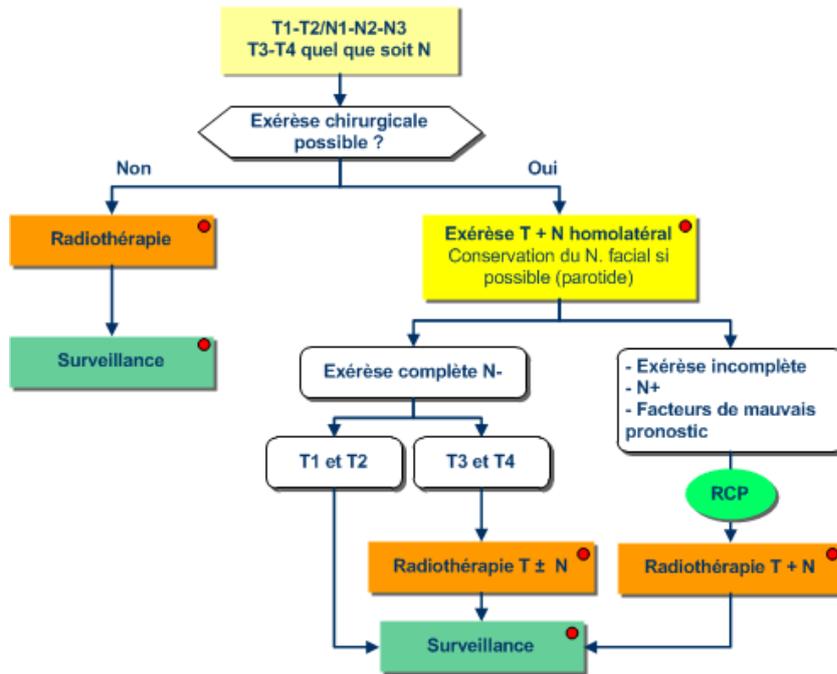
Arbres de décision : (55)

Tumeurs de bas grade

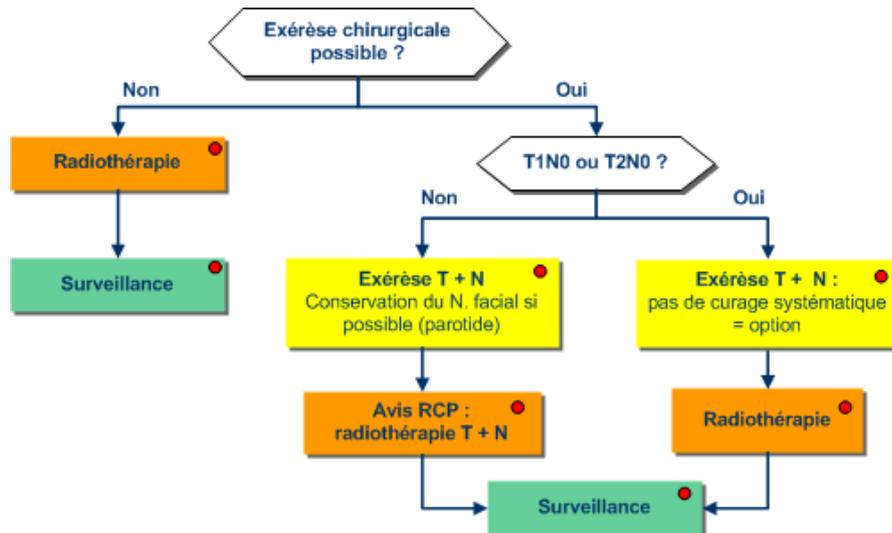
► Tumeurs T1 et T2, N0



►Tumeurs T1 et T2, N1 N2 ou N3 ou T3 et T4 quel que soit N



Tumeur de haut grade



9. Pronostic

▶ Les trois principaux facteurs pronostiques sont :

- le type histologique
- le stade au moment du diagnostic
- le grade histologique de malignité (Cf. arbres de décision).

▶ La qualité de l'exérèse chirurgicale est aussi un facteur pronostique. En effet, la récurrence relativement importante dans le cas des tumeurs bénignes des glandes salivaires accessoires est probablement due à l'excision incomplète de la tumeur laissant des cellules tumorales résiduelles.

▶ Pour Spiro (1986) (21), les récurrences locales surviennent dans 65% des tumeurs des glandes salivaires accessoires.

▶ Surveillance :

Le REFCOR recommande une surveillance trimestrielle la première année, et pendant 2 ans pour les formes de haut grade ; ensuite une surveillance semestrielle pendant 3 ans, et 5ans pour les formes de haut grade (54). Toutefois, pour ces dernières, il est préconisé d'installer au delà de 5 ans, une surveillance annuelle très prolongée (54).

Par ailleurs, Il est recommandé de surveiller aussi les séquelles et les complications liées aux traitements (chirurgie et/ou radiothérapie) (8).

10. Cas cliniques

Cas N°1

Une patiente âgée de 48ans se présente en 2006 adressée par son chirurgien-dentiste pour une tuméfaction palatine. Ses antécédents médico-chirurgicaux rapportent une appendicectomie en 2000, et une hypertension artérielle traitée par Amlodipine®.

L'anamnèse fait état d'une tuméfaction palatine existante depuis 5 ans, et qui a évolué en augmentant de taille pour devenir gênante à la mastication.

A l'examen clinique, la lésion située en regard de la première et la deuxième molaires gauches est arrondie, circonscrite, recouverte d'une muqueuse de couleur et texture normales. La palpation révèle une masse indolore et de consistance élastique.

La patiente avait reçu une antibiothérapie sans efficacité, et ne présente aucun antécédent traumatique ou inflammatoire de cette région. Aucune adénopathie n'a été palpée sur les chaînes cervicales.

Un ortopantomogramme a été réalisé et il n'a pas révélé d'anomalie au niveau de la voûte palatine

L'exérèse chirurgicale de la tumeur est alors décidée. Pour assurer la protection du site en post opératoire et obtenir une hémostase correcte, une empreinte a été réalisée pour la confection d'une plaque palatine (fig.48).

La pièce d'exérèse est envoyée au laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologique pour examen. Le résultat était en faveur d'un adénome pléomorphe (fig.47)

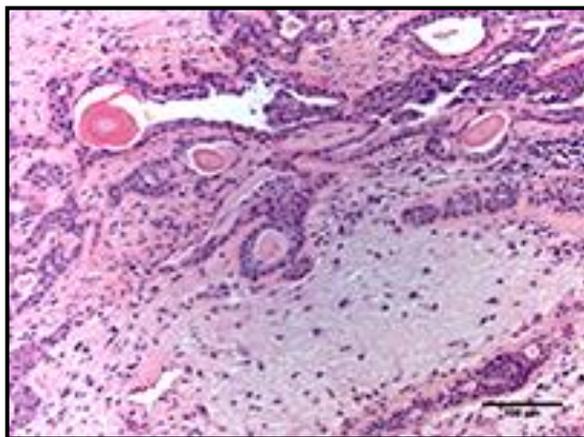


Figure 47 : L'examen anatomo-pathologique de la tumeur montre un stroma chondromyxoïde, où des cellules épithéliales et myoépithéliales forment les structures canalaire (hématoxyline et éosine, grossissement $\times 100$)

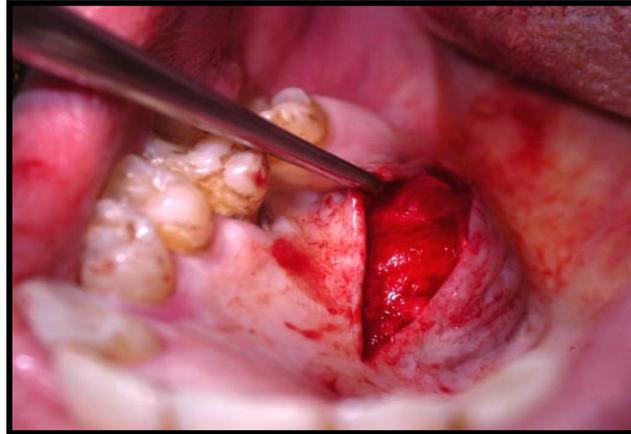


Figure 48a :
Exérèse chirurgicale d'un adénome pléomorphe du palais, en regard de la première et la deuxième molaire. Cas du Pr KHAZANA, centre de consultation et de traitement dentaire de Casablanca

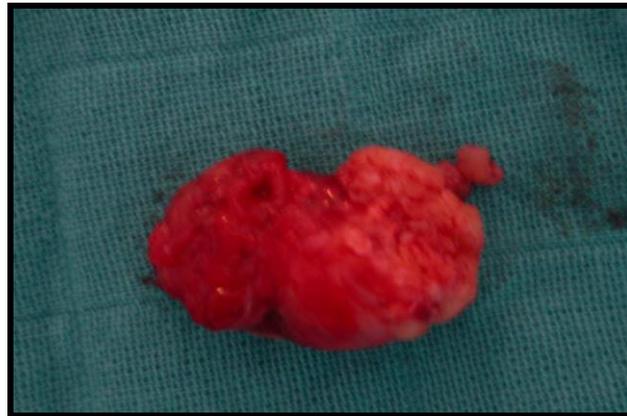


Figure 48b : La masse tumorale excisée.

Cas N°2

Un jeune patient âgé de 20 ans a été reçu en consultation pour une tuméfaction de la face interne de la lèvre inférieure.

Le patient sans antécédants médicaux particuliers, est fumeur de 4 cigarettes par jour depuis 3ans.

L'examen clinique révèle la présence d'une tuméfaction de la face interne de la lèvre inférieure, arrondie et bien délimitée en regard de la première et la deuxième incisives mandibulaires gauches. D'après le patient, cette tuméfaction évolue depuis 3 ans, initialement elle était d'une taille de 5mm pour devenir gênante d'une taille de 15mm de grand diamètre. La tuméfaction est recouverte d'une muqueuse d'aspect normal, et est dure et indolore au palpé entre deux doigts.

Le traitement préconisé est l'excision chirurgicale qui a été effectuée sous anesthésie locale. La pièce opératoire a été envoyée pour un examen anatomopathologique. Le diagnostic d'un adénome pléomorphe est retenu (Fig.49, 50).

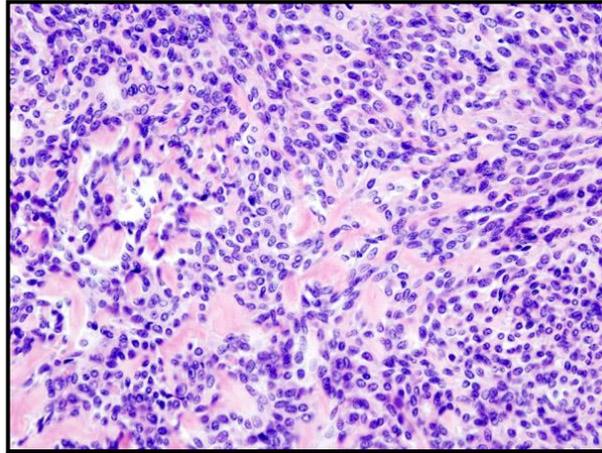


Figure 49 : l'examen anatomo-pathologique de la lésion montre le Double contingent épithélial et conjonctif. HE, x400

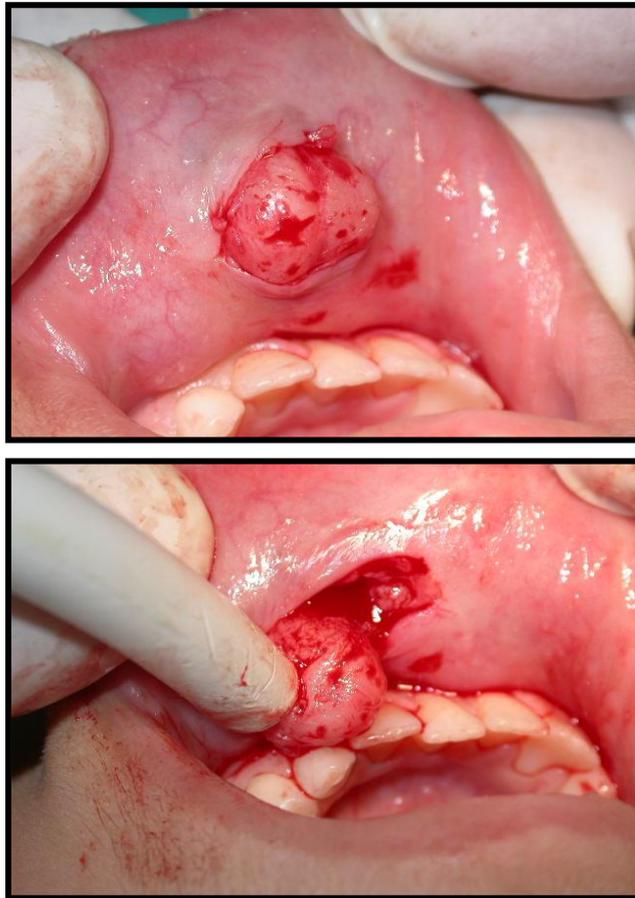


Figure 50.a : Exérèse chirurgicale d'un adénome pléomorphe de la lèvre inférieure. Cas du Pr KHAZANA, CCTD Casablanca



Figure 50.b : La masse tumorale excisée

11. Discussion

Les glandes salivaires accessoires (GSA) ou mineures sont représentées par une multitude de petites unités fonctionnelles réparties dans la presque totalité des muqueuses orales. L'appellation «accessoire ou mineure» ne reflète pas l'importance et la variété des pathologies qui leurs sont attachées. En effet, les GSA sont le siège de plusieurs types de pathologies dont les tumeurs.

Les lésions tumorales qui affectent les GSA sont les mêmes que celles qui touchent les glandes salivaires principales, mais avec une moins grande fréquence (26,84% de l'ensemble des tumeurs salivaires) (12).

A l'inverse de celles des glandes salivaires principales, 50 à 60 % des tumeurs des GSA sont malignes. Leur topographie est palatine dans plus de la moitié des cas. Viennent ensuite les faces internes des lèvres, principalement la lèvre supérieure (27).

La moyenne d'âge d'apparition des tumeurs des GSA est comprise entre 30 et 70 ans (51) (36) (58) (39). Par ailleurs, il est à noter dans le deuxième cas clinique le jeune âge du patient.

L'évolution de ces tumeurs est lente, elles sont souvent asymptomatiques et peuvent être latentes durant plusieurs années. D'ailleurs, l'adénome pléomorphe a la même évolution, et dans les deux cas cliniques, la pauvreté de signes fonctionnels confirme ce caractère sémiologique temporel. En effet, dans la localisation palatine, seule la gêne à la mastication constituait le motif de la consultation, et dans le deuxième cas il s'agissait d'une gêne due au contact direct de la lésion avec la face vestibulaire des incisives mandibulaires.

Cliniquement, et quelle que soit leur localisation, les tumeurs des GSA se présentent sous la forme d'un nodule sous muqueux recouvert par une muqueuse d'aspect normal la plupart du temps, et qui peut être érythémateuse. Le nodule est unique, circonscrit, rond ou ovoïde, mobile (sauf au niveau du palais dur où il semble fixé à l'os), de consistance ferme et souvent indolore (27). Dans nos deux observations, la tumeur a pris cette forme de nodule bien délimité indolore et recouvert d'une muqueuse saine.

Dans la littérature, il n'existe pas de facteurs de risque de développement de tumeurs de glandes salivaires clairement définis. Dans nos deux cas présentés, on a constaté également une absence de facteur de risque particulier.

D'une part, les tumeurs des GSA de localisation palatine sont à différencier entre autres de l'abcès sous périosté qui s'accompagne de symptomatologies odontogéniques. Elles sont aussi à distinguer de tori palatin qui sont le plus souvent de siège médian, en plus de leur non évolution dans le temps. L'adénome pléomorphe palatin dans notre observation ne manifestait aucune symptomatologie évoquant une origine dentaire, la lésion était située en postéro-latéral, ce qui la différencie d'un éventuel torus palatin, de plus, la patiente a décrit une évolution lente de la taille de la lésion au fil des années.

D'autre part, en ce qui concerne les localisations labiales, on distingue les tumeurs des GSA des lithiases de ces glandes, où le patient décrit des phases de poussées inflammatoires (65). Une mucocèle est à évoquer aussi dans cette localisation, elle se manifeste par une muqueuse translucide et par la présence d'épisodes de rupture et de reformation du kyste (7) (15). Un lipome est une pathologie à exploiter également, on le reconnaît par la couleur jaunâtre de la lésion. Le cas d'adénome pléomorphe labial décrit, montre une lésion nodulaire recouverte d'une muqueuse de texture et de couleur normales, avec comme évolution seule une augmentation de la taille.

Quelle que soit la localisation, seul l'examen anatomo-pathologique confirme d'une façon définitive la nature bénigne ou maligne de la tumeur.

Au plan histologique, les tumeurs des GSA sont épithéliales et myoépithéliales, ce qui explique le polymorphisme des tumeurs salivaires. L'explication tient à l'origine embryologique des glandes salivaires qui naissent à partir d'une ébauche malpighienne qui va subir une double différenciation. D'une part, en cellules épithéliales glandulaires sécrétantes et, d'autre part, en cellules myoépithéliales. Les tumeurs conjonctives (bénignes : lipomes, neurofibromes, angiomes... ou malignes : lymphomes non hodgkiniens...) sont rares et ne touchent que les glandes salivaires principales (27). Dans nos observations, l'absence de métaplasies, et la présence d'un pléomorphisme cellulaire et d'un stroma chondromyxoïde, étaient en faveur d'un adénome pléomorphe.

Le traitement de ces tumeurs est toujours chirurgical. Malgré l'aspect parfois bénin d'une tumeur et quel que soit son siège, l'exérèse doit impérativement se faire avec une marge suffisante. Un examen anatomo-pathologique extemporané est parfois pratiqué, posant la question de l'indication d'un curage cervical. Selon les résultats de l'histologie, une radiothérapie peut être réalisée (27). Dans nos deux cas, une exérèse chirurgicale avec des marges de tissu sain a été effectuée.

Enfin, la survenue de récidives et d'éventuelles métastases est souvent tardive. De ce fait, une surveillance stricte et prolongée du malade pendant des années est impérative.

L'adénome pléomorphe peut faire sujet de récurrences, le risque dans ce cas est la transformation maligne en adénocarcinome ex adénome pléomorphe. Le passage à la malignité se manifeste cliniquement par une modification récente, caractérisée par une augmentation de volume et l'apparition de douleurs (14). Nos deux cas ont bénéficié d'un suivi régulier. Jusqu'à trois années après le traitement, aucune symptomatologie n'a été observée.

12. Conclusion

Les glandes salivaires accessoires (GSA) au nombre de 500 à 1000 sont localisées sous la muqueuse jugale et labiale, du palais osseux, du voile et de l'uvule, de la base de la langue et du plancher buccal, des zones rétromolaires et des régions péritonsillaires.

Ces glandes peuvent être le siège de pathologies tumorales et l'OMS en 2005 a établi une dernière classification histologique de ces tumeurs.

Généralement, les tumeurs des glandes salivaires concernent préférentiellement les glandes parotides, néanmoins, les autres glandes peuvent être aussi touchées par ces pathologies notamment les glandes salivaires accessoires. Pour ces dernières, elles peuvent être atteintes avec une prévalence de 26%. Les localisations les plus fréquentes sont au niveau du palais dur.

Il existe une légère prédominance féminine pour ces lésions tumorales, et l'âge moyen de leur apparition est situé entre 30 et 70ans.

L'adénome pléomorphe est la forme la plus rencontrée des tumeurs bénignes des glandes salivaires accessoires, alors que les formes malignes sont plus représentées par le carcinome muco-épidermoïde et le carcinome adénoïde kystique.

L'établissement d'un diagnostic de certitude de toutes les tumeurs des glandes salivaires repose sur la confrontation de trois types de données : cliniques, radiologiques, et anatomopathologiques.

Les tumeurs bénignes des GSA se présentent sous forme de lésions nodulaires, bien limitées, fermes et indolores, alors que les formes malignes prennent un aspect mal limité et peuvent être ulcérées et secondairement douloureuses.

La prise en charge des patients atteints de ces tumeurs dépend principalement de la nature de la lésion, bénigne ou maligne. Les tumeurs bénignes sont traitées par exérèse chirurgicale avec ou sans marge de tissu sain.

Lorsqu'elles sont malignes, cette prise en charge dépend du grade de malignité, de l'envahissement ganglionnaire et de la présence éventuelle de métastases. Un bilan d'extension est nécessaire et oriente cette prise en charge.

Le réseau d'Expertise Français sur les Cancers ORL Rares (REFCOR) recommande en cas de tumeurs malignes, quand elles sont résécables, une exérèse chirurgicale complète, avec un curage ganglionnaire en cas d'adénopathies ou de tumeurs de haut grade. Pour les tumeurs non résécables, de haut grade ou quand il y a une incertitude sur la radicalité de l'exérèse, une radiothérapie est un standard thérapeutique.

Le pronostic de ces lésions dépend du type histologique de la tumeur, du grade histologique de malignité et du stade de leur évolution au moment du diagnostic.

En outre, une surveillance stricte des patients atteints de ces pathologies est recommandée.

Bibliographie

1. AURIOL M, LE CHARPENTIER Y.

Tumeurs des glandes salivaires. Anatomie pathologique.
Encycl Med Chir (Paris), Médecine buccale, 22-057-B-15, 2006.

2. AURIOL M, LE NAOUR G.

Biopsie.
Encycl Med Chir (Paris), Stomatologie, 22-011-R-10, 2005, Médecine buccale, 28-250-M-10, 2008.

3. AVERY C, MOODY A, MCKINNA F et coll.

Combined treatment of adenoid cystic carcinoma of the salivary glands.
Int J Oral Maxillofac Surg 2000 ; 29 (4) : 277-279.

4. AYADI L, CHAABOUNI S, DHOUIB H et coll.

Adénocarcinome polymorphe de bas grade: à propos de deux cas.
Tunis Med 2009 ; 87 (06) : 403- 406.

5. BAETEMAN C, GUYOT L, BOUVENOT J, CHOSSEGROS.

Faut-il encore effectuer des biopsies des glandes salivaires accessoires?
Rev Stomatol Chir Maxillofac 2008 ; 109 (3): 143-147.

6. BEAUVILLAIN MONTREUIL C, TESSIER MH, BILLET J.

Pathologie bénigne de la muqueuse buccale.
Encycl Med Chir (Paris), Oto-Rhino-Laryngologie, 20-624-A-10, 2012.

7. BEAUVILLAIN MONTREUIL C, TESSIER MH, BILLET J.

Tumeurs bénignes et malignes des lèvres.
Encycl Med Chir (Paris), Oto-Rhino-Laryngologie, 20-625-A-10, 2013.

8. BELL R B, DIERKS E J, HOMER L, POTTER B E.

Management and outcome of patients with malignant salivary gland tumors.
J Oral Maxillofac Surg 2005; 63: 917.

9. BENZAOU S, BOULAADAS M, SEFIANI S.

Mucoepidermoid Carcinoma arising from Pleomorphic Adenoma of the soft Palate.
J Craniofac Surg 2006; 17 (6): 1192-1194.

10. BENSADOUN R-J, DASSONVILLE O, ROUSMANS S.

Standards options : Recommandations 2008 pour la prise en charge thérapeutique du patient atteint d'une tumeur maligne des glandes salivaires (lymphomes, sarcomes et mélanomes exclus), rapport abrégé.
Cancer/Radiother 2008; 12 : 389-407.

11. BOISRAME-GASTRIN S, LEGENS M, ROCHE Y.

Pathologie des glandes salivaires : Lithiases et tumeurs.
Encycl Med Chir (Paris), Traité de Médecine Akos, 7-1110, 2011.

12. BOKO E, NAPO-KOURA G, KPEMISSI E, BOKO-BESSI L.

Tumeurs des glandes salivaires accessoires. Aspects épidémiologiques et anatomopathologiques.
Rev Laryngol Otol Rhinol 2004 ; 125 (4) : 233-237.

13. BONFILS P, LACCOURREYE O, COULOIGNER V.

Le livre de l'interne ORL.

Paris: Médecine sciences publications, Lavoisier, 2011.

14. BONFILS P.

Tumeurs des glandes salivaires.

Encycl Med Chir (Paris), Oto Rhino Laryngologie, 20-628-B-10, 2007.

15. BOULETREAU P, FROGET N, GLEIZAL A, BRETON P.

Affections du plancher de la bouche.

Encycl Med Chir (Paris), Stomatologie, 22-056-A-10, 2006.

16. BOUZOUBAA S, ALAOUI MDAGHRI O, BENYAHYA I.

La diapneusie: du diagnostic au traitement (à propos d'un cas).

<http://www.lecourrierdudentiste.com/cas-clinique/la-diapneusie-du-diagnostic-au-traitement-a-propos-dun-cas.html>

17. CAMPUS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE – COLLEGE FRANCAIS DES PATHOLOGISTES

Pathologie des glandes salivaires.

http://umvf.univ-nantes.fr/anatomie-pathologique/enseignement/anapath_52/site/html/2.html

18. CASTLE J, THOMPSON L, FROMMELT R et coll.

Polymorphous low-grade adenocarcinoma A clinicopathologic study of 164 cases.

Cancer 1999; 86: 207-19.

19. CERULLI, GIULIO, RENZI, GIANCARLO.

Differential diagnosis between adenoid cystic carcinoma and Pleomorphic adenoma of the minor salivary glands of palate.

J Craniofac Surg 2004; 15 (6): 1056-1060.

20. CLAUSER L, MANDRIOLI S, DALLERA V, SARTI G.

Pleomorphic Adenoma of the Palate.

J Craniofac Surg 2004; 15 (6): 1026-1029.

21. COPELLI C, BIANCHI B, FERRARI S et coll.

Malignant tumors of intraoral minor salivary glands.

Oral Oncol 2008; 44:658-663.

22. DEMOERSMAN J.

Tumeurs bénignes de la muqueuse buccale.

<http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-dermatologie/path%20buccal/tumeursbénignes/cours/1222301fra.asp>

23. DONOFF R.B.

Manuel de chirurgie orale et maxillo-faciale.

Paris: Masson, 1997.

24. DROUET F, CAHU X, POINTREAU Y et coll.

Lymphomes malins non Hodgkiniens.

Cancer Radiothér 2010; 14 (Suppl.1): S210-S229.

25. EVANS HI, LUNA Ma.

Polymorphous low-grade adenocarcinoma A study of 40 cases with long-term follow up and an evaluation of the importance of papillary areas.
Am J Surg Pathol 2000; 24: 1319-28.

26. GASSLER N, ERBE M, CASELITZ J, DONNE A.

Mucoepidermoid carcinoma of palatinal glands with exuberant Foreign body giant cell reaction.
Pathol Res Pract 2008; 204 (9): 689-691.

27. GAUZERAN D.

Pathologie tumorales des glandes salivaires accessoires.
Rev Odontostomatol 2011 ; 40 :53-69.

28. GRENEVICKI L F, BARKER B F, FIORELLA R.

Clear cell carcinoma of the palate.
Int J Oral Maxillofac Surg 2001; 30: 452-454.

29. GUILBERT F, MALADIERE E.

Tumeurs des glandes salivaires.
Encycl Med Chir (Paris), Stomatologie, 22-057-C-10, 2006.

30. HALIMI P, GARDNER M, PETIT F.

Les tumeurs des glandes salivaires.
Cancer Radiothér 2005 ; 9 : 251-260.

31. HUGHES J.H, VOLK E.E, WILBUR D.C.

Pitfalls in salivary gland fine-needle aspiration cytology.
Arch Pathol Lab Med 2005; 129: 26-31.

32. JABER M.A.

Intraoral minor salivary gland tumors: a review of 75 cases in a Libyan population.
Int J Oral Maxillofac Surg 2006 ; 35 (2): 150-154.

33. KAKIMOTO N, GAMOH S, TAMAKI J, KISHINO M.

CT and MR images of pleomorphic adenoma in major and minor salivary glands.
Eur J Radiol 2008; 14 (2): 89-97.

34. KAUZMAN A, TABET J C, STIHARU T I.

Hyalinizing clear cell carcinoma : A case report and review of the literature.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2011; 112: 26-34.

35. KOKEMUELLER H., ECKARDT A., BRACHVOGEL P.

Adenoid cystic carcinoma of the head and neck – a 20 years experience.
Int J Oral Maxillofac Surg 2004; 33 (1): 25-31.

36. KRUSE A L D, GRATZ K W, OBWEGESER J A, LUBBERS H-T.

Malignant minor salivary gland tumors: a retrospective study of 27 cases.
Oral Maxillofac Surg 2010; 14 (4): 203-209.

37. LACOMME Y, LEROUX-ROBERT J.

Tumeurs des glandes salivaires. Actualité de carcinologie cervico-faciale.
Paris: Masson, 1997.

38. LASKARIS G.

Color atlas of oral diseases. 3e ed.
New York: Thieme Medical Publishers, 2003.

39. LEE S-Y, SHIN H A, RHO K J et coll.

Characteristics, management of the neck, and oncological outcomes of malignant minor salivary gland tumors in the oral and sinonasal regions.
Br J Oral Maxillofac Surg 2013; 51 (7) : 142-147.

40. LEE Y, WONG K, KING A, AHUJA A.

Imaging of salivary gland tumours.
Eur J Radiol 2008; 66 (3): 419-436.

41. LIM C, IRENE N, COLLINS, GEOFF M.

Papillary cystadenoma of a minor salivary gland: report of a case involving cytological analysis and review of the literature.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2008; 105 (1): 28-33.

42. LOYOLA A M, ARAUJO V C, SOUSA S O, ARAUJO N S.

Minor salivary gland tumors. A retrospective study of 164 cases in a Brazilian population.
Oral Oncol Eur J Cancer 1995 ; 31B (3) :197-201.

43. MARCOS J. A, CALDERON-POLANCO J, POBLET E.

Primary Adenoid Cystic Carcinoma of the Mandible: Case Report and review of the Literature.
J Oral Maxillofac Surg 2008 ; 66 (12) : 2609-2615.

44. MARSOT-DUPUCH K, KATZ P, MAULAT I et coll.

Imagerie des glandes salivaires.
Encycl Med Chir (Paris), Radiodiagnostic - Appareil digestif, 33-020-A-10, 2003.

45. MARX R E, STERN D.

Oral and maxillofacial pathology - A rational for diagnosis and treatment.
Carol Stream: Quintessence Publishing, 2003.

46. MORENO M, MORENO A, TOME C.

Sentinel lymph node biopsy in adenocarcinoma of minor salivary Gland.
Oral Oncol 2008; 44 (3): 305-308.

47. OUKABLI M, BOUDHAS A, SETTI K et coll

Les tumeurs des glandes salivaires: une étude anatomopathologique à propos de 105 cas.
J Afr Cancer 2012 ; 4 : 30-36.

48. PERRIN D.

Urgences infectieuses : Un tiers des urgences dentaires.
http://www.sop.asso.fr/admin/documents/crjphoto/CRPH000672/CR-Urgences_Infectieuses-17nov2010-FSSOSIF-SOP.pdf.

49. PETERSON, ELLIS, HUPP TUCKER.

Oral and maxillofacial surgery. 3e ed.
Saint Louis: Peterson L., 1998.

50. PIETTE, REYCHLER.

Traité de pathologies buccale et maxillo-faciale.
Bruxelles: De Boeck-Université, 1991.

51. PIRES F R, ALMEIDA O P, PRINGLE G, CHEN S-Y.

Intra-oral minor salivary gland tumors : A clinicopathological study of 546 cases.
Oral Oncol 2007; 43:463-470.

52. PULIDO D, GERHARD R., BARROS D. et coll

High diagnostic accuracy and reproducibility of fine-needle aspiration cytology for diagnosing salivary gland tumors: cytohistologic correlation in 182 cases.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2014; 118 (2): 226-235.

53. REGEZI . SCIUBBA.

Oral pathology, clinical-pathologic correlations. 6e ed.
Saint Louis: Elsevier Saunders, 2011.

54. RESEAU D'EXPERTISE FRANÇAIS SUR LES CANCERS ORL RARES.

Recommandation pour pratique clinique.
<http://www.orlfrance.org/download.php?id=180>.

55. RESEAU REGIONAL DE CANCEROLOGIE DE LORRAINE (ONCOLOR).

Tumeurs des glandes salivaires.
http://www.oncologik.fr/index.php/Oncolor:Tumeurs_des_glandes_salivaires.

56. SAENZ-SANTAMARIA J.P, CATALINA F.

Polymorphous low grade adenocarcinoma of the salivary gland: diagnosis by fine needle aspiration cytology,
Acta Cytol 2004; 48: 52–56.

57. SAINT-JEAN M, TESSIER MH, BARBAROT S et coll.

Pathologie buccale de l'enfant.
Ann Dermatol Vénérol 2010 ; 137 : 823-837.

58. SALGADO L R, SPRATT D E, RIAZ N, et coll.

Radiation therapy in the treatment of minor Salivary Gland Tumors.
Am J Clin Oncol 2013; 00 (00): 1-6.

59. SEIFERT G.

Histological typing of salivary gland tumours. WHO International Histological Classification of tumours. 2e ed.
Berlin: Springer –Verlag, 2013.

60. SESSIONI R.B, HARRISON L.B, FORASTIERE A.

Tumors of the salivary glands and paragangliomas.
Cancer: principles and practice of oncology. 6th ed.
Philadelphia: Williams Wilkins, 2001.

61. SOAMES J.V , SOUTHAM J.C

Oral Pathology. 4e ed.
Oxford: Oxford Medical Publication, 2005.

62. SOBIN L.

TNM : Classification des tumeurs malignes. 7e ed.
Paris : Cassini, 2010.

63. SPIRO RH.

Salivary neoplasms : Overview of a 35-year experience with 2807 patients.
Head Neck Surg 1986; 8 : 177-84.

64. STRICK M, KELLY C, SOAMES J, LEAN N.

Malignant tumours of the minor salivary glands—a 20 year review.
Br J Plast Surg 2004; 57 (7): 624-631.

65. TANIGAKI Y, MIKAMI Y, ONO M, TSUKUDA M.

Pleomorphic adenoma of the lateral side of the tongue.
Acta Oto-Laryngologica 2004; 124 (5): 649-651.

66. TARAF H, BEN YAHYA I.

La lithiase des glandes salivaires accessoires.
<http://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/la-lithiase-des-glandes-salivaires-accessoires.html>

67. TARGA-STRAMANDINOLI R, TORRES-PEREIRA C, PIAZZETTA CM et coll.

Minor salivary gland tumors : a 10-year study.
Acta Otorrinolaringol Esp 2009; 60: 199-201.

68. TOIDA M, SHIMOKAWA K, MAKITA H, et coll.

Intraoral minor salivary gland tumors : a clinicopathological study of 82 cases.
Int J Oral Maxillofac Surg 2005; 34: 528-532.

69. TRIANTAFILLIDOU K., DIMITRAKOPOULOS J.

Mucoepidermoid carcinoma of minor salivary glands: a clinical Study of 16 cases and review of the literature.
Oral Dis 2006; 12: 364–370.

70. TSURUMI K, KAMIYA H, YOKOI M.

Papillary oncocytic cystadenoma of palatal minor salivary gland: a case report.
J Oral Maxillofac Surg 2003; 61: 631–633.

71. VAN HEERDEN W F, RAUBENHEIMER E J.

Intraoral salivary gland neoplasms: a retrospective study of seventy cases in an African population.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991; 71 (5): 579-582.

72. VINCENT, HAMMOND, FUNKELSTEIN WM.

Clinical and therapeutic features of polymorphous low-grade adenocarcinoma.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994; 77: 41-47.

73. WAUTERS O, SABATIELLO M, NIKKELS-TASSOUDJI N, et coll.

Le botryomycome.
Ann Dermatol Vénéréol 2010 ; 137: 238-242.

74. WOOD N.K, GOAZ P.W.

Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions. 5^e ed.
Saint Louis: Mosby-Year Book, 1997.

75. YANG S, ZHANG J, CHEN X, et coll.

Clear cell carcinoma, not otherwise specified, of salivary glands: a clinicopathologic study of 4 cases and review of the literature.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endo 2008; 22 (6): 101-111.

76. YYLMAZ, DENIZ A, UNLU, ERKIN.

Giant pleomorphic adenoma of soft palate leading to obstruction of the nasopharyngeal port.
J Craniofac Surg 2006; 17 (5): 1001-1004.

Table des abréviations

ADC	Apparent Diffusion Coefficient
APBG	Adénocarcinome Polymorphe de Bas Grade
CAF	Cytoponction à l'Aiguille Fine
CCTD	Centre de Consultation et de Traitement Dentaire
FDG	Fluoro-Désoxy-Glucose
GSA	Glandes Salivaires Accessoires
HE	Hématoxyline Eosine
IRM	Imagerie par résonance Magnétique
MALT	Mucosa-Associated Lymphoid Tissue
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
REFCOR	Réseau d'Expertise Français sur les Cancers ORL Rares
SOR	Standards Options Recommandations
TDM	Tomo Densito Métrie
TEP	Tomographie par Emission de Positrons
VADS	Voies Aéro Digestive Supérieure

Table des illustrations

Figure 1 : Biopsie des glandes salivaires labiales.

Figure 2 : Une excision d'une lésion de surface doit être guidée par la détermination de la périphérie à l'aide d'un marqueur stérile.

Figure 3 : Le spécimen excisé doit être orienté correctement. Un diagramme comme celui-ci accompagnant le prélèvement est idéal.

Figure 4 : Tumeur mucoépidermoïde des glandes salivaires accessoires du trigone rétromolaire gauche (femme de 77ans).radiographie panoramique objectivant l'atteinte osseuse dans cette région.

Figure 5 : Radiographie rétroalvéolaire d'un adénome pléomorphe du Palais, objectivant un épaissement anormal du plancher sinusien. Cas du Pr Khazana (Centre de consultaion et de traitement dentaire de Casablanca (CCTD)).

Figure 6 : IRM d'un carcinome adénoïde kystique du palais mou.

Figure 7 : CT scan d'un carcinome adénoïde kystique du palais avec une propagation vers le sinus paranasal.

Figure 8 : Adénome pléomorphe de la muqueuse alvéolaire. Cas du Pr. Khazana (CHU Casablanca).

Figure 9 : Adénome pléomorphe (glandes salivaires accessoires) chez un homme de 84 ans. Cette lésion, d'évolution lente, peut subir une transformation maligne.

Figure 10 : Adénome pléomorphe à la jonction palais dur palais mou.

Figure 11 : Adénome pléomorphe (glandes salivaires accessoires) jugal gauche. Cette lésion, d'évolution lente, peut subir une transformation maligne. Le diagnostic sera donné par l'examen anatomopathologique.

Figure 12 : Adénome pléomorphe : présence de cellules myoépithéliales et d'un stroma chondromyxoïde dans un fond hémorragique.

Figure 13 : Un adénome pléomorphe bien limité encapsulé au stroma fibreux ou myxoïde.

Figure 14 : Adénome canaliculaire de la lèvre supérieure.

Figure 15 : Myoépithéliome du palais dur.

Figure 16 : Carcinome muco-épidermoïde (glandes salivaires accessoires) chez un homme de 45 ans. Peut-être une forme agressive de l'adénome pléomorphe.

Figure 17 : Carcinome muco-épidermoïde des glandes salivaires accessoires rétromolaires droite.

Figure 18 : Carcinome mucoépidermoïde de bas grade du palais en vision indirecte.

Figure 19 : Carcinome mucoépidermoïde de haut grade ressemblant à un carcinome à cellules squameuse par son large diamètre, sa croissance infiltrante rapide et sa grande possibilité de devenir ulcéré.

Figure 20 : Carcinome muco-épidermoïde : mucosécrétion à acide para amino-salicylique (PAS) positive. PAS x 150.

Figure 21 : Carcinome muco-épidermoïde formé de trois contingents cellulaires:

1. Cellules mucosécrétantes (cylindriques à pôle muqueux ouvert).
2. Cellules épidermoïdes (grande taille au cytoplasme éosinophile avec une différenciation kératosique focale).
3. Cellules intermédiaires (taille moyenne, au cytoplasme éosinophile).

Figure 22 : Carcinome adénoïde kystique du palais.

Figure 23 : Carcinome adénoïde kystique: Petites cellules cuboïdales peu atypiques et cellules myoépithéliales organisées en tube ou en massif. Une condensation fibro-hyaline est souvent présente autour des amas tumoraux. Notez l'engainement périnerveux au centre.

Figure 24 : Carcinome adénoïde kystique : aspect cribriforme, nodule épithélial creusé de cavités à contenu mucoïde. Hématoxyline-éosine $\times 250$.

Figure 25 : Adénocarcinome polymorphe de bas grade du palais droit.

Figure 26 : Adénocarcinome polymorphe de bas grade du palais.

Figure 27 : APBG : Architecture tubulaire (HE $\times 40$). En cartouche, cellules tumorales cylindriques à cytoplasme faiblement éosinophile et à noyau rond ou ovoïde à chromatine vésiculeuse (HE $\times 400$).

Figure 28 : APBG: Architecture pseudo papillaire (HE $\times 400$) (a) et cribriforme (HE $\times 200$) (b).

Figure 29 : Adénocarcinome du palais.

Figure 30 : Adénocarcinome du palais.

Figure 31 : Adénome pléomorphe malin du palais.

Figure 32 : Un carcinome ex-adénome pléomorphe.

Figure 33 : Un carcinome ex-adénome pléomorphe: Cellules épithéliales atypiques hyperchromatiques formant des espaces kystiques, dans un stroma hyalinisé (Hématoxyline éosine $\times 200$)

Figure 34 : Adénocarcinome à cellules claires du palais.

Figure 35 : Kyste mucoïde développé aux dépens d'une glande salivaire accessoire de la lèvre inférieure.

Figure 36 : Kyste mucoïde (grenouillette).

Figure 37 : Lipome du plancher buccal.

Figure 38 : Abscessus sous périoste.

Figure 39 : Carcinome épidermoïde du plancher buccal.

Figure 40 : Carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure.

Figure 41 : Lithiase d'une glande salivaire située au niveau de la lèvre supérieure.

Figure 42 : Volumineux botryomycome du bord latéral de la langue.

Figure 43 : Sialométaplasie nécrosante du palais dur.

Figure 44 : Diapneusie du bord gauche de la langue mobile.

Figure 45 : Lymphome malin NH de type B, du plancher buccal antérieur.

Figure 46 : Torus pelvien.

Figure 47 : L'examen anatomo-pathologique de la tumeur montre un stroma chondromyxoïde, où des cellules épithéliales et myoépithéliales forment les structures canalaire (hématoxyline et éosine, grossissement $\times 100$).

Figure 48a : Exérèse chirurgicale d'un adénome pléomorphe du palais, en regard de la première et la deuxième molaire. Cas du Pr KHAZANA, centre de consultation et de traitement dentaire de Casablanca.

Figure 48b : La masse tumorale excisée.

Figure 49 : l'examen anatomo-pathologique de la lésion montre le Double contingent épithélial et conjonctif. HE, $\times 400$.

Figure 50a : Exérèse chirurgicale d'un adénome pléomorphe de la lèvre inférieure. Cas du Pr Khazana, CCTD Casablanca.

Figure 50b : La masse tumorale excisée.

Annexes

Annexe 1 Classification de l'OMS des tumeurs des glandes salivaires (54)

Tumeurs épithéliales malignes	Tumeurs épithéliales bénignes	Tumeurs touchant les tissus mous	Tumeurs hématologiques	Tumeurs secondaires
<ul style="list-style-type: none"> - Adénocarcinome à cellules acineuses - Carcinome muco-épidermoïde - Carcinome adénoïde kystique - Adénocarcinome polymorphe de bas grade - Carcinome épithélial myoépithélial - Adénocarcinome à cellules claires - Carcinome à cellules basales - Carcinome sébacé - Lymphadénocarcinome sébacé - Cystadénocarcinome - Cystadénocarcinome cribriforme de bas grade - Adénocarcinome mucineux - Carcinome oncocytaire - Carcinome salivaire canalaire - Adénocarcinome sans autre indication - Carcinome myoépithéliale - Carcinome sur adénome pléomorphe - Carcinosarcome - Adénome pléomorphe métastasant - Carcinome à cellules squameuses - Carcinome à petites cellules - Carcinome à grandes cellules - Carcinome lymphoépithélial - Sialoblastome 	<ul style="list-style-type: none"> - Adénome pléomorphe - Myoépithéliome - Adénome à cellules basales - Tumeurs de Warthin - Oncocytome - Adénome canalaire - Adénome sébacé - Lymphadénome sébacé ou non - Papillome canalaire inversé - Papillome intracanaire - Sialadénome papillifère - Cystadénome 	<ul style="list-style-type: none"> - Hémangiome 	<ul style="list-style-type: none"> - Lymphome de Hodgkin - Lymphome B diffus à grandes cellules - Lymphome B extraglandulaire de la zone marginale 	

Annexe 2

Classification histologique des tumeurs malignes des glandes salivaires par grade de malignité (54)

<p><u>BAS GRADE</u> Risque de récurrence Métastases <10-15% Décès <1%</p>	<p><u>GRADE INTERMEDIAIRE</u> Récurrence fréquentes Métastases >10-15%</p>	<p><u>HAUT GRADE</u> Métastases fréquentes</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Carcinome muco-épidermoïde de faible grade - Carcinome à cellules acineuses sans contingent dédifférencié - Adénocarcinome polymorphe de bas grade - Cystadénocarcinome / Cystadénocarcinome cribiforme de bas grade - Adénocarcinome à cellules basales - Adénocarcinome sans autre indication (SAI) de bas grade - Adénocarcinome à cellules claires - Carcinome épithelial-myoépithelial - Carcinome sur adénome pléomorphe non invasif (capsule respectée) ou avec invasion minimale (<1,5 mm) 	<ul style="list-style-type: none"> - Carcinome muco-épidermoïde de grade intermédiaire - Carcinome à cellules acineuses sans contingent dédifférencié avec Ki67>10 % - Carcinome adénoïde kystique cribiforme et/ou trabéculaire - Carcinome sébacé avec atypies discrètes à modérées 	<ul style="list-style-type: none"> - Carcinome muco-épidermoïde de haut grade - Carcinome adénoïde kystique avec contingent massif > 30 % - Adénocarcinome SAI de haut grade - Carcinome canalaire salivaire - Carcinome dédifférencié - Carcinome sur adénome pléomorphe massivement invasif - Carcinome à grandes cellules - Carcinome à petites cellules - Carcinome épidermoïde - Carcinome sébacé avec atypies marquées - Adénocarcinome mucineux

Annexe 3 :

Fréquence relative des tumeurs des glandes salivaires accessoires dans la littérature (64)

auteur	pays	année	Nombre total de cas	Tumeurs bénignes					Tumeurs malignes					
				<u>AP</u>	<u>CYST</u>	<u>AC</u>	<u>Autres</u>	<u>Total</u>	<u>CME</u>	<u>CAK</u>	<u>ACPBG</u>	<u>ACA</u>	<u>Autre</u>	<u>Total</u>
Kusama et co.	Japon	1997	129	74 57 %	0	0	6 5%	80 62%	25 19%	17 13%	0	0	7 6%	49 38%
Lopes et co.	Brésil	1999	196	65 33 %	0	0	3 2%	68 35%	76 38.5 %	34 17%	3 2%	1 0.5%	14 7%	128 65%
Jansisyant et co.	Etas unis	2002	80	17 21 %	0	1 1.5%	1 1.5%	19 24%	33 41%	7 9%	9 11%	3 4%	9 11%	61 76%
Toida et co.	japan	2005	82	54 66 %	1 1%	0	0	55 67%	8 10%	10 12%	0	3 4%	6 7%	27 33%
Yih et co.	Etas unis	2005	213	93 44 %	0	25 11.5 %	1 0.0%	119 56%	45 21%	22 10%	18 9%	1 0.5%	8 3.5%	94 44%
Jaber	Lybie	2006	75	23 31 %	3 4%	1 1%	2 3%	29 39%	19 25%	13 17%	3 4%	0	11 15%	46 61%
Fabio et G.	Etas unis	2006	546	181 33 %	58 11%	50 9%	16 3%	305 56%	125 23%	35 6%	28 5%	21 4%	32 6%	241 44%

Annexe 4 :

Distribution des sites anatomiques de 546 tumeurs des glandes salivaires accessoires selon la variété histologique (52)

A: Tumeurs bénignes

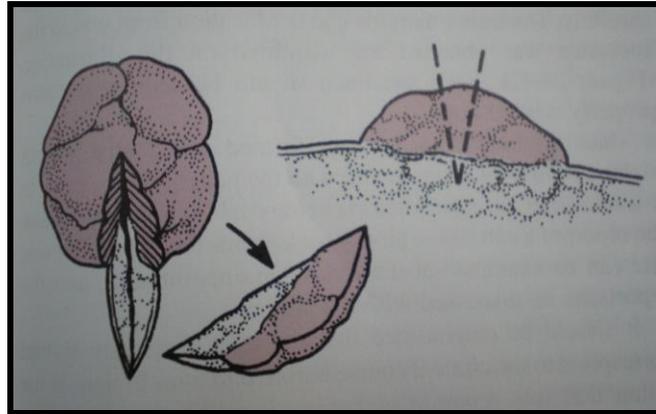
Type histologique	Palais	Lèvre supérieure	Muqueuse buccale	Vestibule	Lèvre inférieure	Crête alvéolaire	Plancher buccal	autres
adénome Pléomorphe (n = 181)	72 39.8%	50 27.6%	33 18.2%	15	3	4	1	3
adénome Canaliculaire (n = 50)	4	31 62%	11 22%	2	1	–	–	1
cystadénome Papillaire (n = 42)	11 26.2%	3	10 23.8%	5	9 21.4%	–	1	3
Cystadénome canalaire (n = 16)	5 31.3%	2	1	1	6 37.5%	1	–	–
Sialadénome papillifère (n = 9)	4 44.4%	–	2	2	1	–	–	–
Oncocytome (n = 4)	–	–	–	–	4	–	–	–
Papillome intracanaire (n = 2)	–	–	–	–	2	–	–	–
Myoépithéliome (n = 1)	–	–	–	–	1	–	–	–
Total (n = 305)	96 31.5%	86 28.2%	57 18.7%	25 8.2%	27 8.9%	5 1.6%	2 0.6%	7 2.3%

B: Tumeurs malignes

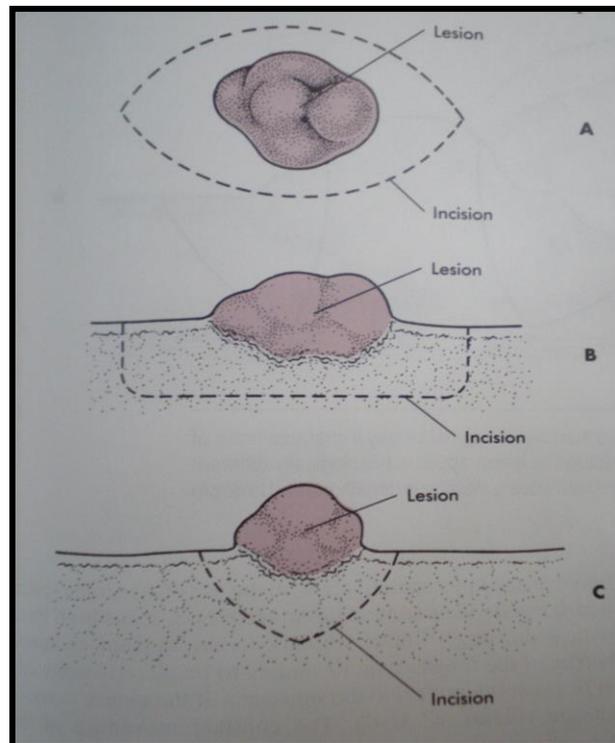
Type histologique	Palais	Lèvre supérieure	Muqueuse buccale	Vestibule	Lèvre inférieure	Crête alvéolaire	Plancher buccal	autres
<i>carcinome Mucoépidermoïde (n = 125)</i>	43 35.5%	4	17 14%	8	10	20 16.5%	7	16
<i>carcinome Adénoïde kystique (n = 35)</i>	14 40%	2	6 17.1%	2	–	1	9 25.7%	1
<i>adénocarcinome Polymorphe bas-grade (n = 28)</i>	11 39.3%	6 22.2%	5 18.5%	2	–	3	–	1
<i>adénocarcinome à cellules acineuses (n = 21)</i>	4 19%	6 28.6%	7 33.3%	1	1	1	–	1
<i>Adénocarcinome (n = 21)</i>	9 42.9%	1	3	–	–	5 23.8%	3	–
<i>Carcinome Adénosquameux (n = 3)</i>	2	–	1	–	–	–	–	–
<i>Carcinome ex- adénome pléomorphe (n = 2)</i>	–	1	–	–	–	1	–	–
<i>carcinome Epithélial myoépithélial (n = 2)</i>	1	–	–	–	–	–	–	1
<i>cystadénocarcinome papillaire (n = 1)</i>	–	–	–	1	–	–	–	–
<i>adénocarcinome Mucineux (n = 1)</i>	–	–	1	–	–	–	–	–
<i>carcinome Myoépithélial (n = 1)</i>	–	–	1	–	–	–	–	–

Annexe 5 :

Illustration d'une biopsie d'une lésion du tissu mou (46)



Biopsie incisionnelle



Biopsie excisionnelle :

A : Vue de surface, une incision elliptique est réalisée autour de la lésion. Avec 3 mm de marge.

B : Vue latérale, l'incision est assez profonde pour une excision complète.

C : L'incision est convergente vers la profondeur de la lésion.

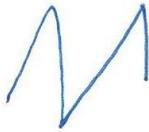
UNIVERSITE DE NANTES
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Vu le Président du Jury,


Professeur Philippe LESCLOUS
Pôle Odontologie
Service Odontologie Restauratrice
et Chirurgicale
CHU
44093 NANTES CEDEX

Vu et permis d'imprimer

Vu le Doyen,



Y. AMOURIQ

GHOUATI épouse KASPERCZYK (Nabila). – Les tumeurs des glandes salivaires accessoires – 64 f. ; ill ; 76 ref. ; 30 cm
(Thèse : chir. Dent. ; Nantes ; 2015)

RESUME

Les glandes salivaires accessoires, tout comme les glandes salivaires principales, peuvent être atteintes par des pathologies tumorales. L'adénome pléomorphe, le cystadénome, l'adénome canaliculaire, le carcinome mucoépidermoïde, et le carcinome adénoïde kystique sont les plus répandues des tumeurs des glandes salivaires accessoires intra orales. Le palais est le site anatomique le plus souvent atteint par ces tumeurs.

Si les aspects anatomopathologiques des tumeurs des glandes salivaires accessoires ne se distinguent pas de ceux des tumeurs salivaires principales, la fréquence des tumeurs malignes, et de façon particulière les carcinomes mucoépidermoïdes et les carcinomes adénoïdes kystiques, est à retenir. Les risques évolutifs auxquels elles exposent ne diffèrent pas des cas décrits pour les localisations parotidiennes.

Les formes cliniques des tumeurs des glandes salivaires accessoires sont très variées et le praticien doit les prendre en considération dans tout diagnostic différentiel pendant l'évaluation d'une pathologie intra orale. Toute lésion survenant au niveau du palais dur doit être considérée comme une possible tumeur des glandes salivaires accessoires.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : CHIRURGIE BUCCO-DENTAIRE

MOTS CLES MESH

Glandes salivaires mineures – Salivary Glands, Minor

Tumeurs – Neoplasms

Adénome pléomorphe – Adenoma, Pleomorphic

Cystadénome – Cystadenoma

Carcinome mucoépidermoïde – Carcinoma, Mucoepidermoid

JURY

Président : Monsieur le Professeur P. LESCLOUS

Directeur : Monsieur le Docteur S. KIMAKHE

Assesseur : Monsieur le Docteur A. DAUZAT

Assesseur : Madame le Docteur A. CLOITRE

ADRESSE DE L'AUTEUR

23 rue du Mozambique – 44800 Saint Herblain

ghouati84@hotmail.com