

BURKINA FASO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

**FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
(F.S.S)**

SECTION MEDECINE

ANNEE UNIVERSITAIRE 1998/1999

THESE N°11

**LES TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES
AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL
YALGADO OUEDRAOGO**

**ASPECTS ANATOMO-PATHOLOGIQUES,
CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES**

((A propos de 93 cas colligés de 1983 à 1997))

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 17 juin 1999
pour l'obtention du grade de DOCTEUR en MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

Par

Aimé Sosthène OUEDRAOGO

Né le 28 novembre 1970 à Ouagadougou (Burkina Faso)

DIRECTEUR DE THESE

**Pr R. B. SOUDRE
CO-DIRECTEUR
Dr. B. SAKANDE**

JURY

**Président : Pr. Ag. K. OUOBA
Membres : Dr. S.S. TRAORE
Dr. Maïmouna DAO
Dr. B. SAKANDE**

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Faculté des Sciences de la Santé (F.S.S.)

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen	Pr. Robert B. SOUDRE
Vice-Doyen Chargé des Affaires Académiques et Directeur de la Section Pharmacie (VDA)	Pr. I. Pierre GUISSOU
Vice-Doyen à la Recherche et à la vulgarisation (VDR)	Pr. Ag. Jean KABORE
Directeur des Stages de la Section Médecine	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la Section Pharmacie	Dr. OUEDRAOGO / Rasmata TRAORE
Coordonnateur C.E.S de Chirurgie	Pr. Amadou SANOU
Secrétaire Principal	Mr. TRAORE Fakouo
Chef du Service Administratif et Financier (CSAF)	Mme NARE Christine
Conservateur de la Bibliothèque	Mr. Salif YADA
Chef de la Scolarité	Mme Kadi ZERBO
Secrétaire du Doyen	Mme Mariam DICKO
Secrétaire du VDA	Mme KABRE Hakiéta
Secrétaire du VDR	Mme BONKIAN Edwige
Audiovisuel	Mr Alain Pascal PITROIPA
Reprographie	Mr Philippe BOUDA

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUMINGA	Anatomie organogenèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO	Sémiologie et pathologies médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie générale et digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie & Toxicologie
Bibiane KONE	Gynécologie Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie

Professeurs associés

Ahmed BOU-SALAH	Neuro-chirurgie
Blaise KOUDOGBO	Toxicologie

Maîtres de Conférences

Julien YILBOUDO	Orthopédie Traumatologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie

Joseph Y DRABO	Médecine Interne/ Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé Publique
Jean LANKOANDE	Gynécologie Obstétrique
Issa SANOU	Pédiatrie
Ludovic KAM	Pédiatrie
Adama LENGANI	Néphrologie
Omar TRAORE N° 1	Chirurgie
Kampadilemba OUOBA	Oto Rhino Laryngologie
Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-entérologie
Albert WANDAOGO	Chirurgie générale

Maîtres-Assistants associés

Rachid BOUAKAZ	Maladies infectieuses
----------------	-----------------------

Assistants associés

Caroline BRIQUET	Chimie analytique, Pharmacologie et Toxicologie
Valérie MURAILLE	Galénique et Chimie analytique

Maîtres-Assistants

Lady Kadidiatou TRAORE	Parasitologie
Mamadou SAWADOGO	Biochimie
Si Simon TRAORE	Chirurgie
Adama TRAORE	Dermatologie Vénérologie
Abdoulaye TRAORE	Santé Publique

Dama SANO	Chirurgie générale
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Joachim SANOU	Anesthésie et Réanimation
Patrice ZABSONRE	Cardiologie
Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Georges KI-ZERBO	Maladies infectieuses
Théophile TAPSOBA	Biophysique
Rabiou CISSE	Radiologie
Blami DAO	Gynécologie Obstétrique
Alain BOUGOUMA	Gastro-entérologie
Boubacar TOURE	Gynécologie Obstétrique
Michel AKOTIONGA	Gynécologie Obstétrique
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactério-Virologie
<u>Assistants Chefs de clinique</u>	
Tanguet OUATTARA	Chirurgie
Sophar HIEN	Chirurgie Urologie
Timothée KAMBOU	Chirurgie
Philippe ZOURE	Gynécologie Obstétrique
T. Christian SANOU (in memoriam)	Oto Rhino Laryngologie
Madi KABRE	Oto Rhino Laryngologie
Doro SERME (in memoriam)	Cardiologie

Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie Réanimation physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie Réanimation physiologie
M. Théophile COMPAORE	Chirurgie
Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
Maimouna DAO / OUATTARA	Oto Rhino Laryngologie
Alain ZOUBGA	Pneumologie
André K. SAMANDOULOGOU	Cardiologie
KYELEM / Nicole Marie ZABRE	Maladies infectieuses
Rigobert THIOMBIANO	Maladies infectieuses
Raphaël DAKOURE	Anatomie Chirurgie
<u>Assistants</u>	
Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
Seydou KONE	Neurologie
Bobléwendé SAKANDE	Anatomie Pathologique
Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-Phtisiologie
Oumar TRAORE N° 2 (in memoriam)	Radiologie
Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
Arsène M. D. DABOUE	Ophtalmologie
Athanase MILLOGO	Neurologie
Nonfounikoun Dieudonné MEDA	Ophtalmologie

Boubacar NACRO	Pédiatrie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du travail
Antoinette TRAORE / BELEM	Pédiatrie
S. Christophe DA	Chirurgie
Kapouné KARFO	Psychiatrie
Ali NIANKARA	Cardiologie
Nazinigouba OUEDRAOGO	Réanimation
Aurélien Jean SANON	Chirurgie
Claudine SORGHO / LOUGUE	Radiologie
Diarra YE / OUATTARA	Pédiatrie
Barnabé ZANGO	Chirurgie
Martial OUEDRAOGO	Pneumologie

Assistants biologistes des hôpitaux

Lassina SANGARE	Bactério-Virologie
Idrissa SANOU	Bactério-Virologie
Harouna SANOU	Hématologie Immunologie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Faculté des Sciences et Techniques (FAST)

Professeurs titulaires

Alfred S TRAORE	Immunologie
Akry COULIBALY	Mathématiques

Sita GUINKO	Botanique-Biologie végétale
Guy V. OUEDRAOGO	Chimie minérale
Laya SAWADOGO	Physiologie Biologie cellulaire
Laou Bernard KAM (in memoriam)	Chimie

Maîtres de Conférences

Boukary LEGMA	Chimie Physique générale
François ZOUGMORE	Physique
Patoin Albert OUEDRAOGO	Zoologie
Adama SABA	Chimie organique
Philippe SANKARA	Cryptogamie

Maîtres-Assistants

W. GUENDA	Zoologie
Léonide TRAORE	Biologie cellulaire
Marcel BONKIAN	Mathématiques et Statistiques
Longin SOME	Mathématiques et Statistiques
Aboubakary SEYNOU	Statistiques
Makido B. OUEDRAOGO	Génétique
Jean KOULIDIATY	Physique

Assistants

Apollinaire BAYALA (in memoriam)	Physiologie
----------------------------------	-------------

Jeanne MILLOGO	T.P. Biologie cellulaire
Raymond BELEMTOUNGOURI	T.P. Biologie cellulaire
Gustave KABRE	Biologie
Drissa SANOU	Biologie cellulaire

Institut du Développement Rural (IDR)

Maîtres de Conférences

Didier ZONGO	Génétique
Georges Annicet OUEDRAOGO	Biochimie

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG)

Maîtres-Assistants

Jean Claude TAITA	Droit
-------------------	-------

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARY	Psychologie
Boukari Joseph OUANDAOGO	Cardiologie
Aimé OUEDRAOGO	Ophtalmologie
R. Joseph KABORE	Gynécologie Obstétrique
Saïdou Bernard OUEDRAOGO	Radiologie
Dr Bruno ELOLA	Anesthésie Réanimation
Dr Michel SOMBIE	Planification
Dr Nicole PARQUET	Dermatologie
M. GUILLRET	Hydrologie

M. DAHOU (in memoriam)	Hydrologie
Dr Bréhima DIAWARA	Bromatologie
Dr Annette OUEDRAOGO	Stomatologie
Dr Adama THIOMBIANO	Législation pharmaceutique
Dr Sidiki TRAORE	Galénique
Mr Mamadou DIALLO	Anglais
Mr KPODA	Anglais
Dr Badioré OUATTARA	Galénique
Dr Tométo KALOULE	Médecine du travail
Dr Alassane SIKO	Anatomie
Dr Aline TIENDREBEOGO	Chimie analytique
Dr Séni KOUANDA	Santé publique
Dr Noël ZAGRE	Nutrition
Dr Maminata TRAORE / COULIBALY	Biochimie

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F

Pr Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr Abibou SAM	Bactério-Virologie (Dakar)
Pr José Marie AFOUTOU	Histologie Embryologie (Dakar)
Pr Makhtar WADE	Bibliographie (Dakar)

Pr M. K. A. EDEE	Biophysique (Lomé)
Pr Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr Ag. R. DARBOUX	Histologie Embryologie (Bénin)
Pr Ag. E. BASSENE	Pharmacognosie (Dakar)

O.M.S

Dr Jean Jacques BERJON	Histologie Embryologie (Créteil)
Dr Frédéric GALLEY	Anatomie Pathologique (Lille)
Dr Moussa TRAORE	Neurologie (Bamako)
Pr. Auguste KADIO	Pathologies infectieuses et parasitaires (Abidjan)
Pr Jean Marie KANGA	Dermatologie (Abidjan)
Pr Arthur N'GOLET	Anatomie pathologique (Brazzaville)

Mission Française de Coopération

Pr Etienne FROGE	Médecine légale
Pr AYRAUD	Histologie Embryologie
Pr Henri MOURAY	Biochimie (Tours)
Pr Denis WOUESSI DJEWE	Pharmacie Galénique (Paris XI)
Pr M. BOIRON	Physiologie

Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

Pr Marc VAN DAMME

Chimie analytique
Biophysique

Pr Viviane MOE

Galénique

DEDICACES

DEDICACES

Au seigneur notre Dieu

Que toute la gloire te revienne ! Bénis tous ceux qui nous ont aidé et encouragé pour la réalisation de ce travail.

A mon père et à ma mère

A mon père : tu as été un exemple pour moi et tu continues de me guider. Ce travail est à toi.

A ma mère : pour les énormes sacrifices que tu as consentis. Tes conseils ne m'ont jamais manqué tout au long de mes études. Trouve ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon affection.

Puisse Dieu vous accorder une longue vie.

A ma femme : Sougrinoma Ramatou

Voici le fruit de mes absences. Tu m'as constamment soutenu par ta grande tolérance et ta compréhension tout au long de mes études. Profonde affection.

A mon fils : Christian

Le chemin est long et parsemé d'embûches.

Apprends ceci : rien n'atteint jamais la dimension d'un homme. Si quelque chose manque à ta vie, c'est que tu n'as pas regardé assez haut. Le plus grand malheur qui puisse arriver à un homme, c'est de n'être utile à personne.

A mes frères et sœurs : Valérie, Léopold, Sandrine, Sonia.

Merci pour votre soutien constant. Sans votre constante sollicitude, ce travail n'aurait probablement pas été accompli. Attachement fraternel. Restons toujours unis.

A mes oncles : Albert, Anatole, Jean, Louis, Pierre, Célestin.

Toute ma reconnaissance pour vos encouragements et votre soutien moral.

A mes tantes : Justine, Honorine, Émilienne, Marguerite, Cathérine, Léontine, Maria, Noélie, Ivonne, Marie.

Merci pour votre soutien constant.

A mes cousins et cousines.

A mes beaux parents : le colonel Compaoré Moumouni et madame.

A mes beaux frères : Abdou, Assan, Moussa, Issa, Salif.

Merci pour tout.

A Max Rouamba

Plus qu'un beau frère tu es pour nous un frère.

A la famille Ouédraogo Maxime

J'ai trouvé chez vous une autre famille. Vous m'avez adopté dès le premier jour, vous m'avez traité comme un fils. Profonde gratitude. Que Dieu vous le rende.

A la famille Konaté Korito à Bobo.

Vous m'avez offert une seconde famille à Bobo. Merci infiniment.

A mes amis : Macaire, Issouf, Martial, Yacouba, Diagbouga, Marc, Gnégéné.

Vous m'avez toujours soutenu dans les moments difficiles et parfois supporté mes caprices. Plus que jamais, restons unis comme les 5 doigts de la main.

A Ida, Léa, Djamila : vous n'avez jamais cessé de me faire des preuves d'amitié sincère. Les mots me manquent pour vous traduire ce que je ressens. Puisse le Seigneur vous guider dans vos différentes carrières professionnelles et vous procurer le bonheur familial que vous méritez.

A Harouna Compaoré : Tu es devenu un frère pour moi, merci pour ton soutien.

A mes promotionnaires de la FSS ; Pour les années que nous avons passées ensemble à la faculté.

A mes collègues moniteurs de Travaux Pratiques d'anatomie pathologique qui sont: Docteur SANOU Assita, stagiaire interne Théophile SAWADOGO. Courage!

A mon collègue et ami le S/Lt Georges KINDA : Nous voici à la fin de notre long et difficile parcours. Tout au long de nos études, nous n'avons jamais cessé de nous soutenir aussi bien moralement que matériellement. Puisse Dieu te donner une belle carrière professionnelle et une vie familiale bien remplie!

A mes frères d'armes : Patrice DJIGUEMDE, Armand KABRE, Fidèle BATIONO.

A mes amis officiers : Le Lieutenant Richard BALIMA, Séraphin BAYALA, Ruphin KABORE : ce travail est également le votre. Continuons à cultiver la fraternité et la solidarité.

A mon ami le Docteur Robert KARGOUGOU : pour les encouragements.

A tous les stagiaires internés du Centre Hospitalier National SANON Souro : merci pour votre solidarité constante : Courage et persévérance.

Au personnel du Laboratoire d'anatomie pathologique :

- Monsieur Jean François OUEDRAOGO

- Madame Assita SANOU

- Monsieur Norbert RAMDE

- Madame Marie DIPAMA

- Monsieur Issa TAPSOBA

- Madame Noélie SOW

- Madame Célestine KABRE

Merci pour tout.

A tous mes enseignants du primaire et du secondaire

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Au personnel du CAMES : merci pour votre contribution à la réalisation de ce travail.

A tous ceux dont les noms n'ont pu être cités : vous n'êtes pas oubliés.

A NOS MAÎTRES ET JUGES

**A notre Maître Directeur de thèse
Monsieur le Professeur Robert B. SOUDRE
Professeur d'anatomie pathologique
Doyen de la Faculté des Sciences de la Santé
Médecin Chef du service d'anatomie et de cytologie pathologiques du
CHNYO
Officier de l'ordre national du mérite de la République française.**

Malgré vos multiples occupations, vous avez su trouver le temps de nous faire des suggestions, qui nous ont permis de cerner l'essentiel pour la réalisation de ce modeste travail. Vous êtes restés attentif à nos difficultés. Veuillez bien, au-delà de nos insuffisances et de nos lacunes, considérer ce modeste travail comme un hommage, faible à notre avis, à votre science, à vos qualités humaines

Puissions vous assurer de notre profonde gratitude!

**A notre Maître et Président du jury
Monsieur le Professeur agrégé Kampadilemba OUOBA
Médecin Chef du service d'Oto Rhino Laryngologie.**

Nous sommes très sensible à l'insigne honneur que vous nous faites en acceptant présider notre jury de thèse, afin de la marquer de l'empreinte du grand maître que vous êtes.

Votre simplicité, vos immenses qualités scientifiques, suscitent en nous admiration.

Qu'il nous soit permis de vous témoigner notre profonde gratitude.

**A notre Maître et juge
Monsieur le Docteur Si Simon TRAORE
Maître assistant de chirurgie générale et digestive à la Faculté des Sciences de la Santé.**

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail. Nous vous resterons redevables de l'enseignement pratique que nous avons reçu.

Nous avons été impressionné par votre sympathie et votre disponibilité. Puisse ce travail être à la hauteur de votre attente. Trouvez ici, cher Maître, le témoignage de nos remerciements et de notre profonde considération.

**A notre Maître et co-directeur de thèse
Monsieur le Docteur Bobléwendé SAKANDE
Assistant d'anatomie pathologique de la Faculté des Sciences de la Santé.**

Cher Maître nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail. Votre disponibilité et votre sympathie à l'égard des étudiants, fait de vous un maître estimé. Vous avez accepté de nous guider tant dans la conception de ce travail que dans sa réalisation.

Les rares moments pendant lesquels nous avons eu le privilège de vous côtoyer en dehors du milieu hospitalier, nous ont permis de découvrir en vous un modèle de vie sociale exemplaire.

Veuillez trouver ici, cher Maître l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge

Madame le Docteur Maïmouna DAO/OUATTARA

Assistant, Chef de clinique d'Oto Rhino Laryngologie à la Faculté des Sciences de la Santé.

Cher maître, nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Nous avons pu vous approcher à plusieurs reprises et nous avons apprécié votre esprit de collaboration et votre modestie. Votre humilité et votre constante disponibilité ont forcé notre admiration et notre respect. Cher maître nous vous prions d'accepter nos remerciements.

LISTE DES FIGURES

Figures	Pages
Figure 1 : Distribution des tumeurs malignes et bénignes des glandes salivaires selon leur fréquence	52
Figure 2 : Distribution des tumeurs des glandes salivaires selon l'âge	54
Figure 3 : Répartition des tumeurs bénignes selon le sexe	58
Figure 4 : Répartition des adénomes selon la localisation	73

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux	Pages
Tableau I : Distribution des tumeurs malignes des glandes salivaires selon l'âge et le sexe	55
Tableau II : Répartition des tumeurs malignes des glandes salivaires selon la localisation et le sexe	57
Tableau III : Distribution des tumeurs des glandes salivaires selon l'ethnie (n=86)	59
Tableau IV : Distribution des tumeurs des glandes salivaires selon la profession et le sexe	60
Tableau V : Distribution des tumeurs des glandes salivaires selon la localisation	62
Tableau VI : Distribution des tumeurs malignes selon la localisation	63
Tableau VII : Distribution des tumeurs bénignes selon la localisation	64
Tableau VIII : Distribution des tumeurs malignes selon la nature histologique	66
Tableau IX : Distribution des tumeurs bénignes selon le type histologique	71

LISTE DES ABREVIATIONS

CHNYO	: Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo
CHNSS	: Centre Hospitalier National Sanon Souro
HPS	: Hématéine Phloxine Safran
IRM	: Imagerie par Résonance Magnétique
MALT	: Mucosa - Associated Lymphoïde Tissue
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ORL	: Oto Rhino Laryngologie
PAS	: Acide Para amino Salivaire
TDM	: Tomodensitométrie
SAI	: Sans Autres Indications

**LA FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ ARRÊTE QUE LES OPINIONS
ÉMISSES DANS LES DISSERTATIONS QUI SERONT PRÉSENTÉES DOIVENT
ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES À LEURS AUTEURS ET QUELLE
N'ENTEND LEUR DONNER AUCUNE APPROBATION NI AUCUNE
IMPROBATION.**

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION.....	5
II - OBJECTIFS.....	7
II-1 - Objectif général	7
II-2 Objectifs spécifiques	7
PREMIERE PARTIE : GENERALITES.....	8
III - GENERALITES.....	9
A - Rappels anatomiques et histoembryologiques	9
1 - Rappel embryologique. [21 - 22 - 38]	9
2 - Anatomie des glandes salivaires [38 -54 -55].....	10
2-1 Les grosses glandes ou glandes salivaires principales	11
2-1-1 La glande parotide	11
2-1-2 La glande sous maxillaire ou sous mandibulaire.....	12
2-1-3 La glande sublinguale	13
2-2 Les petites glandes ou glandes salivaires accessoires	14
3 - Histologie des glandes salivaires. [22]	14
B - Classification anatomo-pathologique des tumeurs des glandes salivaires [59]	15
C - Les différents types anatomo-pathologiques des tumeurs des glandes salivaires [4 -10].....	17
1 - Les tumeurs épithéliales	17
1-1 Les tumeurs épithéliales bénignes.....	18
1-1-1 Adénome pléomorphe.....	18
1-1-2 Myoépithéliome.....	19
1-1-3 Tumeurs de Warthin (cystadénolymphome).....	20
1-1-4 Oncocytome.....	20
1-1-5 Autres adénomes.....	21
1-2 Tumeurs épithéliales malignes.....	22
1-2-1 Carcinome à cellules acineuses	22
1-2-2 Carcinome mucoépidermoïde.....	23
1-2-3 Carcinome adénoïde kystique ou cylindrome	24
1-2-4 Carcinome épithélial myoépithélial	25
1-2-5 Adénocarcinome polymorphe de faible malignité.....	26
1-2-6 Carcinome épidermoïde	26
1-2-7 Carcinome à petites cellules	26
1-2-8 Carcinome indifférencié ou carcinome lymphoépithélial	27
1-2-9 Adénocarcinome dénommé par Ellis et Auclair SAI (sans autre indication).27	
1-2-10 Autres variétés	27
2 - Les tumeurs conjonctives	28
2.1 Les tumeurs conjonctives bénignes	28
2-1-1 Les lipomes.....	28
2-1-2 Les angiomes.....	28
2-1-3 Hémangiopéricytome.....	28
2-1-4 Les Neurinomes (Schwannomes) et neurofibromes.....	28
2.2 Les tumeurs conjonctives malignes.....	29
Les sarcomes conjonctifs.....	29
3 - lymphomes malins.....	29

4 - Métastases.....	30
D - Rappels cliniques, paracliniques et thérapeutiques des tumeurs des glandes salivaires [22-37].....	31
1 - Tumeurs des glandes salivaires principales.....	31
1-1 Tumeurs de la glande parotide.....	31
1-1-1 Aspects cliniques.....	31
1-1-2 Aspects Paracliniques.....	32
1-1-2-1 Imagerie médicale.....	32
1-1-2-2 Examens anatomo-pathologiques.....	35
1-1-3 Aspects thérapeutiques des tumeurs de la parotide.....	35
1-1-3-1 Principe thérapeutique.....	35
1-1-3-2 Traitement des tumeurs bénignes.....	35
1-1-3-3 Traitement des tumeurs malignes.....	36
1-1-4 Evolution et pronostic.....	36
1-1-4-1 Tumeurs bénignes.....	36
1-1-4-2 Tumeurs malignes.....	36
1-2. Les tumeurs de la glande sous maxillaire ou sous mandibulaire [22].....	36
1-2-1 Aspects cliniques.....	37
1-2-2 Aspects paracliniques.....	37
1-2-3 Aspects thérapeutiques des tumeurs de la glande sous mandibulaire.....	38
1-2-3-1 Tumeurs bénignes.....	38
1-2-3-2 Tumeurs malignes.....	38
1-2-4 Evolution et pronostic [66].....	39
1-3 Les tumeurs de la glande sublinguale.....	39
1-3-1 Aspects cliniques.....	40
1-3-2 Aspects thérapeutiques.....	40
2 - Tumeurs des glandes salivaires accessoires.....	40
2-1 Données générales.....	40
2-2 Aspects cliniques.....	40
2-3 Les aspects paracliniques.....	40
2-4 Evolution.....	41

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE..... 43

I - MATÉRIELS..... 44

I-1 Critères d'inclusion.....	44
I-2 Critères d'exclusion.....	44

II - MÉTHODES..... 45

II-1 Type d'étude.....	45
II-2 Collecte des données.....	45
II-3 Traitement des données.....	45
II-4 Techniques anatomo-pathologiques.....	46
II-4-1 La fixation.....	46
II-4-2 l'identification.....	46
II-4-3 la coupe macroscopique.....	47
II-4-4 la circulation.....	47
II-4-4-1 la déshydratation.....	47
II-4-4-2 l' éclaircissement.....	47
II-4-4-3 l' imprégnation.....	48
II-4-5 l'enrobage.....	48
II-4-6 la microtomie.....	48

II-4-7 L'étalement	48
II-4-8 La coloration	49
II-4-9 Mode opératoire	49
II-4-10 Résultats	50

TROISIEME PARTIE : RESULTATS..... 51

RÉSULTATS	52
1 - Aspects épidémiologiques	52
1 - 1 Fréquence	52
1 - 2 Répartition des tumeurs des glandes salivaires selon l'âge	53
1-2-1 Répartition des tumeurs malignes des glandes salivaires selon l'âge	54
1-2-2 Répartition des tumeurs bénignes des glandes salivaires selon l'âge	55
1 - 3 Répartition des tumeurs des glandes salivaires selon le sexe	56
1-3-1 Répartition des tumeurs malignes selon le sexe	56
1-3-2 Répartition des tumeurs bénignes selon le sexe	57
1 - 4 Répartition des tumeurs des glandes salivaires selon l'ethnie	58
1 - 5 Répartition des tumeurs des glandes salivaires selon la profession	59
2 - Aspects cliniques.....	60
2 - 1 Distribution des tumeurs des glandes salivaires selon le motif de consultation	60
2-1-1 Distribution des tumeurs malignes selon le motif de consultation	61
2-1-2 Distribution des tumeurs bénignes selon le motif de consultation	61
2 - 2 Répartition des cas de tumeurs des glandes salivaires selon le délai de consultation	61
2-2-1 Répartition des tumeurs malignes selon le délai de consultation	61
2-2-2 Répartition des tumeurs bénignes selon le délai de consultation	61
2 - 3 Répartition des cas de tumeurs des glandes salivaires selon la localisation	62
2-3-1 Répartition des tumeurs malignes selon la localisation	62
2-3-2 Répartition des tumeurs bénignes selon la localisation	63
2 - 4 Répartition des tumeurs des glandes salivaires selon la taille	64
2-4-1 Répartition des tumeurs malignes selon la taille de la tumeur	64
2-4-2 Répartition des tumeurs bénignes selon la taille de la tumeur	65
3 - Les différentes entités anatomo-pathologiques.....	65
3-1 Les tumeurs malignes.....	65
3-1-1 Les tumeurs épithéliales malignes	66
3-1-1-1 Les carcinomes indifférenciés	67
3-1-1-1-1 Aspects épidémiologiques	67
3-1-1-1-2 Aspects cliniques	67
3-1-1-2 Les carcinomes épidermoïdes	67
3-1-1-3 Les carcinomes adénoïdes kystiques	68
3-1-1-4 Les carcinomes mucoépidermoïdes	68
3-1-1-5 Les adénocarcinomes	69
3-1-1-6 Les carcinomes à cellules acineuses	69
3-1-2 Le lymphome malin	69
3-2 Les tumeurs bénignes	70
3-2-1 Les adénomes	71
3-2-1-1 Aspects épidémiologiques des adénomes	72
3-2-1-1-1 Fréquence	72
3-2-1-1-2 Répartition selon l'âge	72
3-2-1-1-3 Répartition selon le sexe	72
3-2-1-2 Aspects cliniques	72

3-2-1-2-1 Motif de consultation	72
3-2-1-2-2 Répartition selon le délai de consultation	73
3-2-1-2-3 Répartition selon la localisation.....	73
3-2-1-2-4 Répartition selon la taille de la tumeur	74
3-2-1-3 Les différents types histologiques	74
3-2-1-3-1 Les adénomes pléomorphes.....	74
3-2-1-3-1-1 Les aspects épidémiologiques	74
3-2-1-3-1-2 Aspects cliniques.....	74
3-2-1-3-2 Adénome oxyphile.....	74
3-2-1-3-3 Adénomes à cellules basales.....	75
3-2-1-3-4 L'adénome tubulaire simple.....	75
3-2-2 Les fibromes	75
3-2-2-1 Les Aspects épidémiologiques.....	75
3-2-2-2 Les Aspects cliniques	76
3-2-3 Les Angiomes.....	76
3-2-3-1 Les Aspects Épidémiologiques	76
3-2-3-2 Les Aspects cliniques	76
3-2-4 Les Lipomes	76
4 - Aspects thérapeutiques	77
4 - 1 Traitement chirurgical	77
4 -2 Traitement médical post opératoire.....	77
4 - 3 Les suites opératoires	77

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSIONS..... 78

I - Les limites de notre étude 79

II- Discussion..... 80

1 - Aspects épidémiologiques	80
1-1 Fréquence des tumeurs des glandes salivaires.....	80
1-2 L'âge.....	80
1-3 Le sexe.....	81
1-4 L'ethnie.....	82
2 - Les aspects cliniques	82
2-1 Motif de consultation, délai de consultation.....	82
2-2 Les localisations.....	83
2-3 La taille de la tumeur.....	84
3- Les aspects anatomo-pathologiques	84
3-1 Les tumeurs malignes.....	84
3-1-1 Les carcinomes	84
3-1-1-1 Les carcinomes indifférenciés.....	85
3-1-1-2 Les carcinomes épidermoïdes	85
3-1-1-3 Les carcinomes adénoïdes kystiques.....	86
3-1-1-4 Les carcinomes mucoépidermoïdes.....	87
3-1-1-5 Les adénocarcinomes.....	87
3-1-1-6 Les carcinomes à cellules acineuses.....	88
3-1-2 Les lymphomes malins.....	89
3-2 Les tumeurs bénignes	89
3-2-1 Les tumeurs épithéliales bénignes	89
3-2-1-1 L'adénome pléomorphe.....	89
3-2-1-1-1 Aspects épidémiologiques.....	89
3-2-1-1-2 Les aspects cliniques.....	90

3-2-1-2 Les autres adénomes.....	91
3-2-1-2-1 Les adénomes à cellules basales.....	91
3-2-1-2-2 L'adénome oxyphile et tubulaire simple.....	92
3-2-2 Les tumeurs bénignes non épithéliales.....	92
3-2-2-1 Les angiomes des glandes salivaires.....	92
3-2-2-2 Les lipomes des glandes salivaires.....	93
3-2-2-3 Les fibromes des glandes salivaires.....	93
4 - Les aspects thérapeutiques.....	93
CINQUIEME PARTIE : CONCLUSION.....	96
CONCLUSION.....	97
SIXIEME PARTIE : SUGGESTIONS.....	99
SUGGESTIONS.....	100
SEPTIEME PARTIE : BIBLIOGRAPHIE.....	102
Bibliographie.....	103

I - INTRODUCTION

La pathologie tumorale des glandes salivaires demeure relativement rare. La fréquence des tumeurs salivaires est de l'ordre de quelques dizaines par million d'habitants et par an selon Evans [37]. Elles représentent cependant près de 3% des tumeurs de la tête et du cou [22].

Elles doivent cependant être connues de tous. En effet, de diagnostic facile et d'aspect le plus souvent rassurant, elles risquent de susciter des actes thérapeutiques inadaptés et désastreux. Si la majorité de ces tumeurs est curable définitivement, on ne peut jamais écarter avant l'histologie la malignité. Le caractère bénin ou malin de ces tumeurs ne pourrait être précisé qu'à l'issue d'un examen anatomo-pathologique.

Aucun facteur étiologique indiscutable n'a jusqu'alors pu être identifié. Certaines études révèlent une incidence plus élevée chez les Esquimaux [64], en Écosse et en Israël chez les immigrants venus des pays de l'Ouest [64]. Une irradiation locorégionale préalable pourrait favoriser l'apparition d'une tumeur maligne des glandes salivaires une vingtaine d'année après l'irradiation. [22].

Le sex-ratio des tumeurs des glandes salivaires est de 1/1 pour l'ensemble des tumeurs, mais l'incidence relative peut varier considérablement en fonction du type histologique [22].

Les tumeurs des glandes salivaires ont fait l'objet de nombreux travaux. Ainsi au Burkina Faso en 1993 Konseim T. [34] a effectué une étude générale sur les tumeurs de la sphère O.R.L. et cervico-faciale au CHNYO et au CHNSS. En 1998 Ouoba K. dans une publication sur les tumeurs des glandes salivaires trouvait que ces tumeurs représentaient 2% des activités opératoires du service d'O.R.L. du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo et 7% des tumeurs opérées [51].

Notre étude se propose d'insister sur les aspects histologiques de la pathologie tumorale des glandes salivaires.

Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie Réanimation physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie Réanimation physiologie
M. Théophile COMPAORE	Chirurgie
Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
Maimouna DAO / OUATTARA	Oto Rhino Laryngologie
Alain ZOUBGA	Pneumologie
André K. SAMANDOULOGOU	Cardiologie
KYELEM / Nicole Marie ZABRE	Maladies infectieuses
Rigobert THIOMBIANO	Maladies infectieuses
Raphaël DAKOURE	Anatomie Chirurgie
<u>Assistants</u>	
Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
Seydou KONE	Neurologie
Bobléwendé SAKANDE	Anatomie Pathologique
Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-Phtisiologie
Oumar TRAORE N° 2 (in memoriam)	Radiologie
Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
Arsène M. D. DABOUE	Ophtalmologie
Athanase MILLOGO	Neurologie
Nonfounikoun Dieudonné MEDA	Ophtalmologie

II - OBJECTIFS

II-1 - Objectif général

Décrire les aspects épidémio-cliniques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques des tumeurs des glandes salivaires enregistrées au service d'anatomie et de cytologie pathologiques du CHNYO, d'avril 1983 à décembre 1997.

II-2 Objectifs spécifiques

- Déterminer les caractéristiques épidémiologiques des patients présentant une tumeur des glandes salivaires.
- Décrire les principaux aspects cliniques observés chez les patients présentant une tumeur des glandes salivaires.
- Préciser les différents types histologiques des tumeurs des glandes salivaires.
- Identifier les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de chaque type histologique.
- Décrire les différentes modalités thérapeutiques utilisées chez les patients présentant une tumeur des glandes salivaires.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

III - GENERALITES

A - Rappels anatomique et histoembryologique

1 - Rappel embryologique. [21 - 22 - 38]

D'origine ectodermique, la parotide naît dans la cavité buccale sous la forme de bourgeons épithéliaux. Elle est la première glande salivaire principale à s'individualiser anatomiquement vers la cinquième ou sixième semaine de développement, après rupture de la membrane pharyngée sur le versant ectodermique de la jonction endoectodermique de la cavité buccale.

Les canalicules salivaires apparaissent vers la douzième semaine ; ils sont entourés de cellules mésenchymateuses : les cellules myoépithéliales.

Les acini s'individualisent vers la vingt huitième semaine de développement.

Le rôle de cellules myoépithéliales est lié à la présence dans leur cytoplasme de fibrilles myoïdes qui contractent acini et canalicules au moment de la sécrétion sous la dépendance de stimuli nerveux.

Les cellules myoépithéliales jouent un rôle primordial dans la constitution des différentes variétés de tumeurs salivaires : adénome pléomorphe, monomorphe, cylindrome.

La parotide s'encapsule en règle vers le troisième mois de développement, d'où l'incorporation possible de tissu lymphoïde (tissu en nappe ou ganglions). De même, il existe parfois des tubes ou des acini salivaires dans les ganglions lymphatiques, en général proches de la parotide.

Le feuillet superficiel du fascia cervical profond recouvre la glande fermant la loge parotidienne.

Trois prolongements peuvent être le siège de processus expansifs : pharyngé dans l'espace préstylien, masséterin et inférieur dans la partie cervicale sus-hyoïdienne.

Le nerf facial, intraparotidien traverse la glande, la divisant en deux lobes: superficiel et profond, sans réelle division au plan chirurgical.

Les glandes sous-mandibulaires et sublinguales sont de nature endodermique et d'encapsulation plus précoce.

De nombreuses localisations ectopiques de tissu salivaire ont été décrites, en partie expliquées par le développement embryologique particulier de l'appareil branchial.

2 - Anatomie des glandes salivaires [38 -54 -55]

La cavité buccale reçoit le produit de sécrétion des trois paires de glandes qui sont les parotides, les sous-maxillaires ou sous mandibulaires et les sublinguales, mais aussi par une grande quantité de glandes accessoires dispersées dans la muqueuse oropharyngée et qui sécrètent 8% environ de la salive totale de 24 heures.

Ces glandes peuvent être distinguées d'après leur volume en deux catégories :

- les grosses glandes ou glandes salivaires principales ;
- les petites glandes ou glandes salivaires accessoires.

Le volume de la salive excrétée quotidiennement reste incertain et varie d'un sujet à un autre (500 à 1200 ml selon les auteurs).

La salive de repos sécrétée en permanence aurait un volume journalier de l'ordre de 100 ml. La salive de stimulation serait donc environ 10 fois plus abondante. Les 2/3 proviendraient des glandes parotides et 1/3 des sous-mandibulaires (Mason).

2-1 Les grosses glandes ou glandes salivaires principales

Disposées au voisinage de la cavité buccale suivant une courbe concentrique à celle du maxillaire inférieur, elles sont reliées à cette cavité par leurs canaux excréteurs. On compte de chaque côté trois glandes salivaires qui sont d'arrière en avant : la parotide, la glande sous-maxillaire et la glande sublinguale.

2-1-1 La glande parotide

C'est la plus volumineuse des glandes salivaires. Elle se situe en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur, au-dessous du conduit auditif externe, en avant des apophyses mastoïdes et styloïdes et des muscles qui s'y attachent (sternocleidomastoïdien, massétère).

La surface de la glande est lobulée, de coloration grise tirant sur le jaune. Son poids, très variable est en moyenne de 25 grammes. Le canal excréteur de la parotide est appelé canal de Sténon.

La parotide remplit une excavation profonde, anfractueuse appelée loge parotidienne et sa surface s'adapte à celle des parois de la loge. La glande parotide a une forme superposable à celle de la loge qui est prismatique, triangulaire.

La parotide présente :

une face externe, une face antérieure, une face postérieure, deux extrémités ou bases, l'une supérieure, l'autre inférieure, trois bords qu'on distingue en antérieur, interne et postérieur.

La parotide est traversée par : la carotide externe et la partie initiale de ses branches terminales, la veine jugulaire externe et ses branches d'origine et la veine communicante.

Les voies lymphatiques aboutissent aux relais ganglionnaires intraparotidiens.

La parotide est divisée de façon empirique par le nerf facial en une partie profonde et une partie superficielle. La partie superficielle représente environ 80% de la glande. Le nerf facial traverse la glande parotide d'arrière en avant. Il se divise en plusieurs branches qui émergent au bord antérieur de la parotide. Il sépare la glande en deux parties endo et exofaciale communément appelées lobes.

La parotide est également traversée par le nerf auriculo-temporal, et par quelques ramifications terminales de la branche auriculaire du plexus cervical superficiel.

Le canal excréteur de la parotide ou canal de Stenon est un conduit à paroi épaisse blanchâtre légèrement aplati mesurant environ 4 cm de long et 3 mm de diamètre. Il émerge du bord antérieur de la glande un peu au dessus de sa partie moyenne. Il se rend à la cavité buccale en traversant successivement les régions massétériques et géniennes et s'ouvre dans la bouche par un orifice taillé obliquement au regard du collet de la première ou de la deuxième molaire supérieure.

2-1-2 La glande sous maxillaire ou sous mandibulaire

La glande sous maxillaire est située dans la partie latérale de la région sus-hyoïdienne et occupe la dépression anguleuse comprise entre la face interne du maxillaire inférieur d'une part, les muscles sus-hyoïdiens, la face latérale de la base de la langue et celle du pharynx d'autre part.

La glande sous maxillaire pèse environ 7 grammes. Sa coloration est légèrement rosée sur le vivant, blanc grisâtre sur le cadavre.

La glande sous maxillaire est contenue dans une excavation ostéo-musculo-aponévrotique appelée loge sous maxillaire. La glande sous maxillaire et sa loge

qu'elle remplit ont la même forme et présentent l'une comme l'autre 3 faces, 3 bords et 2 extrémités.

La loge sous maxillaire contient la glande sous maxillaire, les vaisseaux faciaux, le nerf lingual, les vaisseaux et nerfs mylo-hyoïdiens et des ganglions lymphatiques.

Le canal excréteur de la glande sous maxillaire est appelé canal de Wharton. C'est un conduit à parois minces mais résistantes, aplati sur le cadavre, blanchâtre long de 4 à 5 cm et large de 2 à 3 mm. Ce canal provient de la réunion de plusieurs canaux collecteurs, chemine en dedans de la glande sublinguale et s'ouvre dans la cavité buccale par l'ostium ombilical.

2-1-3 La glande sublinguale

La glande sublinguale est située dans le plancher buccal au-dessus de la muqueuse du sillon alvéolo-lingual. Elle est allongée dans le sens du sillon alvéolo-lingual, aplatie transversalement et légèrement effilée à ses extrémités. La glande sublinguale pèse environ 3 grammes et mesure 3 cm de longueur, 15 mm de hauteur et de 7 à 8 mm de largeur.

Sa coloration est semblable à celle de la glande sous maxillaire.

On distingue à la glande sublinguale une face externe, une face interne, un bord supérieur, un bord inférieur et 2 extrémités : une antérieure et l'autre postérieure.

La loge sublinguale renferme : la glande sublinguale, le prolongement antérieur de la glande sous maxillaire, le canal de Wharton, les nerfs lingual et grand hypoglosse, enfin les vaisseaux sublinguaux.

L'innervation fonctionnelle de la glande sublinguale et de la glande sous maxillaire est sous la dépendance du nerf lingual qui assure l'innervation sécrétoire.

La glande sublinguale est une agglomération de glandules et possède autant de canaux excréteurs qu'il y a de petites glandes dans le groupement. On compte de 15 à 30 canaux excréteurs. L'un d'eux plus volumineux que les autres, appelé canal de Rivinus ou de Bartholin, naît de la partie moyenne de la

face profonde de la glande, longe le canal de Wharton et s'ouvre en dehors de lui au sommet de la caroncule sublinguale. Les autres, appelés canaux de Walther sont petits et courts et se terminent en dehors du canal de Rivinus le long de l'éminence sublinguale soulevée par la glande sublinguale.

2-2 Les petites glandes ou glandes salivaires accessoires

Elles sont disséminées sur toute l'étendue de la muqueuse buccale, au sein des muqueuses palatine, labiale, jugale, pelvibuccale, mais aussi au niveau de la partie postérieure et marginale antérieure de la langue.

Elles se répartissent en 4 groupes principaux : les glandes palatines, labiales, jugales et les glandes linguales.

- Les glandes palatines sont situées sur la voûte palatine ;
- Les glandes labiales occupent la face postérieure des lèvres ;
- Les glandes jugales sont annexées à la muqueuse des joues. On réserve le nom de glandes molaires à celles qui avoisinent l'orifice d'abouchement du canal de Stenon ;
- Les glandes linguales se divisent en plusieurs sous groupes : les unes sont annexées aux papilles caliciformes et aux papilles foliées, d'autres appelées glandes de Weber, occupent la partie postérieure des bords latéraux de la langue, d'autres enfin connues sous les noms de glandes de Blandin ou de Nuhn sont placées à la face inférieure de la langue près de la pointe.

3 - Histologie des glandes salivaires. [22]

Les glandes salivaires principales sont constituées de lobules contenant des acini et des canaux excréteurs. Les acini sont composés de cellules séreuses ou muqueuses ou des deux prenant alors le nom d'acini mixtes.

Les parotides sont essentiellement séreuses ; les glandes sous maxillaires mixtes à prédominance séreuses, les sublinguales essentiellement muqueuses.

Les acini se drainent dans les canalicules intercanalaires, puis striés et enfin excréteurs.

Les cellules myoépithéliales sont situées entre les cellules sécrétoires et la membrane basale. Elles sécrètent des mucines de type conjonctif et participent à l'élaboration de l'élastine par leur possibilité de contraction, elles facilitent l'excrétion salivaire.

Les oncocytes sont des cellules parenchymateuses distendues dont l'augmentation du volume cytoplasmique s'accompagne d'une éosinophilie marquée.

Le tissu interstitiel conjonctif, repartit autour des différents éléments glandulaires, contient des inclusions lymphoïdes liées au développement embryologique particulier des glandes salivaires et surtout de la parotide.

Ces ganglions intraglandulaires contiennent également dans leur médullaire, des inclusions salivaires, réalisant une intrication histologique très particulière.

Les différents éléments histologiques constituant les glandes salivaires ont la particularité de pouvoir présenter certaines métaplasies : métaplasie muqueuse malpighienne des canaux excréteurs (surtout dans la parotide, après obstruction canalaire et dilatation en amont en cas de lithiase salivaire), métaplasie oncocytaire, en amas isolés ou plurifocales, métaplasie pseudotumorale, métaplasie sébacée.

B - Classification anatomo-pathologique des tumeurs des glandes salivaires [59]

La classification des différentes tumeurs des glandes salivaires repose sur la récente classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) 1990, qui apporte par rapport à la précédente classification de Tackray (1972) quelques modifications. Elle mentionne un certain nombre de tumeurs nouvelles, jusqu'ici rapportées dans la littérature sous des dénominations

variables (myoépithéliome, épithélioma polymorphe de faible malignité ...). Elle supprime le terme de tumeur à malignité intermédiaire et lui substitue le nom de carcinome (carcinome à cellules acineuses, carcinome mucoépidermoïde).

La majorité des tumeurs des glandes salivaires sont de nature épithéliale.

La classification de l'O.M.S. distingue 4 grands groupes :

- les tumeurs épithéliales,
- les tumeurs conjonctives,
- les lymphomes malins,
- les métastases.

* Tumeurs épithéliales

- *Bénignes*

- . Adénome pléomorphe
- . Myoépithéliome
- . Tumeur de Warthin (cystadénolymphome)
- . Oncocytome (ou adénome oxyphile)
- . Autres adénomes : (adénome à cellules basales, adénome canaliculaire, cystadénome, papillome canalaire, adénome sébacé).

- *Malignes*

- . Carcinome à cellules acineuses
- . Carcinome mucoépidermoïde
- . Carcinome adénoïde kystique ou cylindrome
- . Carcinome épithélial-myoépithélial
- . Adénocarcinomes polymorphes de faible malignité
- . Carcinome épidermoïde
- . Carcinome à petites cellules
- . Carcinome indifférencié ou carcinome lymphoépithélial

- . Adénocarcinomes dénommés par Ellias et Auclair, SAI
(sans autre indication)
- . Autres variétés : (adénocarcinomes à cellules basales,
cystadénocarcinome, carcinome canalaire).

*** Tumeurs conjonctives**

- Bénignes

- . Lipomes
- . Angiomes, hémangiospéricytomes
- . Neurinome, neurofibrome, névrome plexiforme

- Malignes

- . Histiocytofibromes malins
- . Schwannomes malins
- . Sarcomes conjonctifs

*** Lymphomes malins**

*** Métastases**

C - Les différents types anatomo-pathologiques des tumeurs des glandes salivaires [4 -10]

La majorité des tumeurs des glandes salivaires sont de nature épithéliale. Nous envisagerons d'abord ce groupe de loin le plus important, puis nous étudierons les tumeurs conjonctives, les lymphomes et les exceptionnelles métastases.

1 - Les tumeurs épithéliales

Le polymorphisme très grand de ces tumeurs est expliqué par le développement embryologique des glandes salivaires : dans l'ébauche

malpighienne initiale, se différencie progressivement des cellules épithéliales sécrétantes et des cellules myoépithéliales capables, comme les cellules conjonctives, d'élaborer divers types de substances interstitielles.

Les tumeurs épithéliales des glandes salivaires se subdivisent en deux groupes : les tumeurs bénignes ou adénomes et les tumeurs malignes ou carcinomes.

1-1 Les tumeurs épithéliales bénignes

Elles constituent plus de 60% des tumeurs des glandes salivaires dont plus de 50% d'adénomes pléomorphes, 7% de cystadénoplymomes, les autres tumeurs bénignes étant rares.

1-1-1 Adénome pléomorphe

C'est la plus fréquente des tumeurs salivaires (74%) selon Everson [in 4]. Elle s'observe à tout âge y compris chez l'enfant et atteint plus souvent la femme que l'homme. Le sex-ratio est de 3/1 ; avec un maximum de fréquence à 50 ans. Elle est plus fréquente dans les glandes salivaires principales (notamment la parotide où elle est retrouvée dans 65% des cas) que dans les glandes salivaires accessoires (36% des tumeurs des glandes salivaires accessoires). L'adénome pléomorphe est exceptionnel au niveau de la glande sublinguale.

*** Macroscopie**

Il s'agit d'un nodule bien circonscrit voire encapsulé, ferme ou de consistance molle, gélatineuse.

*** Histologie**

On retrouve une prolifération des cellules épithéliales et myoépithéliales dans un stroma abondant avec des plages chondroïdes ou

myxoïdes. Les cellules épithéliales se groupent en massifs compacts où se creusent des cavités remplies de substance acidophile PAS (Acide Para-Amino-Salivaire) positive. Elles subissent parfois une métaplasie malpighienne pouvant englober des globes cornés. Les cellules myoépithéliales sont souvent fusiformes. Elles sont accumulées en placards ou sont dispersées dans un stroma. Certaines sont plasmocytoïdes avec un noyau excentré sans croissant clair périnucléaire (cellules hyalines). Le stroma peut revêtir des aspects multiples : les stromas chondroïdes sont les plus caractéristiques.

1-1-2 Myoépithéliome

C'est une tumeur constituée exclusivement de cellules myoépithéliales. Elle est rare et constitue 1 à 5% des tumeurs salivaires. Elle siège dans n'importe quelle glande salivaire, avec une prédilection pour la parotide et les glandes salivaires palatines.

*** Macroscopie**

Il s'agit d'un nodule blanc, ferme, en général bien circonscrit.

*** Histologie**

Les cellules ont une morphologie variable : cellules fusiformes groupées en faisceaux et évoquant à priori une tumeur conjonctive, cellules plasmocytoïdes, cellules claires riches en glycogène. La nature myoépithéliale des cellules tumorales est confirmée par les études ultrastructurale et immunohistochimique.

Il n'y a pas de structure épithéliale canalaire et le stroma ne comporte aucune plage chondroïde ou myxoïde.

1-1-3 Tumeurs de Warthin (cystadénolymphome).

C'est une tumeur bénigne fréquente et il représente 4 à 11% des tumeurs salivaires selon Chomette G [in 4]. Elle se caractérise par l'association de cellules oncocytaires et d'un stroma lymphoïde. Elle siège surtout dans la parotide.

*** Macroscopie**

Il s'agit d'un nodule parfois volumineux. Il se présente sous la forme d'une tumeur arrondie, lisse en surface, parfois bosselée, de couleur jaune chamois, caractéristique, avec une cavité centrale. A la coupe ce nodule laisse échapper un liquide visqueux brunâtre.

*** Histologie**

On observe des végétations faisant saillie dans des cavités : les végétations sont bordées d'une double assise cellulaire en dedans, les cellules sont hautes, cylindriques à cytoplasme acidophile, granulaire, très riche en mitochondries en dehors les cellules sont basses et cubiques. L'axe conjonctif de ces végétations est riche en petits lymphocytes, parfois agencés autour de follicules à centre clair. Dans les cavités l'inflammation est fréquente.

1-1-4 Oncocytome.

Il s'agit d'une tumeur bénigne, siégeant surtout dans la parotide et caractérisée par la prolifération de cellules oxyphiles. Il représente 1% des tumeurs bénignes des glandes salivaires et moins de 1% des tumeurs de la parotide selon Leingasser [in 22].

Il s'agit d'une tumeur ferme arrondie, bien limitée, organisée en cordon de grandes cellules à cytoplasme éosinophile, granuleuse, régulière, dans un stroma grêle.

L'oncocytome salivaire a une histogenèse encore inexpliquée : les cytoplasmes de ces cellules sont bourrés de mitochondries plus ou moins anormales qui donnent aux cellules cet aspect éosinophile et granuleux (d'où le nom d'adénome oxyphile) et à la tumeur cette couleur brune, caractéristique à l'examen macroscopique.

1-1-5 Autres adénomes.

On en distingue avec l'O.M.S différents types

*** Adénome à cellules basales**

Tumeur de l'adulte âgé : c'est une tumeur rare qui siège dans 75% des cas dans la parotide. Elle s'observe dans les deux sexes avec une fréquence maximale vers 60 ans.

Sur le plan macroscopique, il s'agit d'un nodule circonscrit, parfois creusé d'un kyste.

Sur le plan histologique, 3 formes sont décrites :

- une forme solide avec masses compactes de cellules basophiles avec bordure de cellules hautes, palissadiques, dispersées dans un stroma collagène peu abondant.

- une forme trabéculaire où les cellules sont groupées en cordons anastomosés ou en cavités glandulaires au sein d'un stroma lâche.

- une forme membraneuse, où les membranes basales épaisses et hyalines bordent les structures épithéliales ou s'invaginent parfois au sein des lobules, y réalisent des aspects de pseudocylindres, comme dans l'épithélioma adénoïde kystique.

*** Adénome canaliculaire**

Il est formé de cellules cylindriques adossées en deux couches et disposées en cordons qui s'écartent parfois pour délimiter les canalicules plus ou moins kystiques.

*** Autres variétés rares**

Nous ne ferons que les énumérer

- cystadénome,
- papillome canalaire,
- adénome sébacé.

1-2 Tumeurs épithéliales malignes

1-2-1 Carcinome à cellules acineuses

De pronostic incertain, variant d'un patient à l'autre, ce néoplasme a longtemps été classé dans les tumeurs de faible malignité

Il est caractérisé par la présence de cellules acineuses sécrétantes de type séreux, et siège habituellement dans la parotide.

Il s'agit d'une tumeur rare, représentant 1 à 2% des tumeurs salivaires et 12% des tumeurs malignes.

C'est une tumeur fréquente chez la femme vers la cinquantaine. Elle peut également survenir chez l'enfant.

*** Macroscopie**

C'est un nodule plus ou moins encapsulé, de couleur chamois, parfois parsemé de zones nécrotiques et de cavités kystiques.

*** Histologie**

Le plus souvent, la prolifération cellulaire est massive. La composante cellulaire est polymorphe, et varie d'une tumeur à l'autre :

- les cellules acineuses, seules caractéristiques, sont majoritaires dans 40% des tumeurs. Elles sont disposées en nappes ou ordonnées autour de petites lumières. Leur cytoplasme basophile contient des grains sécrétoires PAS positifs visibles en microscopie électronique sous forme de graines opaques aux électrons,

- les cellules intercalaires, plus petites et cubiques, bordent les fentes étroites ou kystiques,

- les cellules vacuolisées, peu nombreuses, sont pourvues de vacuoles optiquement vides,

- les cellules claires, fréquentes, ont un cytoplasme sans grains de sécrétion. Elles traduiraient une souffrance des organites cytoplasmiques (en particulier une dilatation du réticulum endoplasmique).

1-2-2 Carcinome mucoépidermoïde

Tumeur, comme la précédente, de pronostic incertain, ce néoplasme est constitué de deux types de cellules : épidermoïdes et mucosécrétantes.

Il s'agit d'un néoplasme fréquent (29% des tumeurs malignes salivaires). Il atteint les glandes salivaires principales, surtout la parotide, mais aussi les glandes accessoires en particulier celles du palais.

*** Macroscopie**

Il s'agit d'un nodule mal limité, souvent creusé de cavités à contenu mucoïde.

*** Histologie**

L'aspect est polymorphe au sein d'une même tumeur et d'un patient à l'autre.

Les cellules épidermoïdes sont souvent unies par des ponts intercellulaires bien visibles, mais la kératinisation est rare. La population épidermoïde est clairsemée, dispersée au sein de cellules intermédiaires ou autour de kystes.

Les cellules muqueuses, mucicarminophiles et alcianophiles, sont également PAS positives. Elles bordent des cavités glandulaires ou des kystes où elles déversent leurs sécrétions.

1-2-3 Carcinome adénoïde kystique ou cylindrome

Ce carcinome fut longtemps dénommé cylindrome du fait des pseudocylindres caractéristiques de sa forme.

Il demeure la plus fréquente des tumeurs des glandes salivaires accessoires dans la plupart des dénombrements.

Observé à tout âge, y compris chez l'enfant, il siège par ordre de fréquence décroissante dans la parotide, la sous maxillaire et les glandes salivaires palatines.

Plus rarement, il affecte la glande sublinguale et les autres glandes salivaires accessoires (lèvre inférieure, région rétromolaire).

*** Macroscopie**

La tumeur est nodulaire au début, puis devient rapidement infiltrante.

*** Histologie**

Elle est constituée de types cellulaires, canaux et myoépithéliales. Selon le groupement de ces cellules, on décrit trois variétés :

- le type cribriforme : le plus fréquent. Il est caractéristique. Il est formé de massifs cellulaires constitués de cellules à cytoplasme pâle, à noyaux anguleux. Ceux-ci sont creusés de pseudocylindres arrondis, petits ou larges au sein desquels on individualise tantôt des mucines, tantôt une substance hyaline, éosinophile, correspondant à une accumulation de membranes basales ;

- le type tubulaire : il comporte de cellules disposées en cordons ou agencées autour de lumières tubulaires. Le stroma est abondant et souvent hyalin;

- le type solide (ou « basaloïde ») est formé de lobules pleins de cellules basophiles à noyaux hyperchromatiques avec nombreuses mitoses.

Quel que soit le type histologique, les atteintes nerveuses sont fréquentes. Les extensions locales sont la règle, surtout dans le palais où la tumeur infiltre rapidement le squelette.

1-2-4 Carcinome épithélial myoépithélial

C'est une tumeur rare composée de cellules épithéliales et myoépithéliales. Elle siège dans 50% des cas dans la parotide.

*** Macroscopie**

IL s'agit d'un nodule souvent circonscrit.

*** Histologie**

On constate des cellules épithéliales canalaire, cubiques bordant une lumière à contenu PAS positif et des cellules myoépithéliales disposées en nappes compactes en périphérie des précédentes. De forme polygonale ou allongée, ces dernières ont un cytoplasme clair, riche en glycogène.

1-2-5 Adénocarcinome polymorphe de faible malignité

C'est une tumeur fréquente. Elle représente 7 à 11% des tumeurs des glandes salivaires accessoires selon Ellis G. [in 5]. Elle touche avant tout le palais, puis par ordre de fréquence décroissante la lèvre supérieure et les autres régions (retromolaire, langue).

*** Macroscopie**

La tumeur est apparemment bien limitée et dépourvue de capsules.

*** Histologie**

Elle infiltre les tissus de voisinage. On y constate une zone centrale compacte, faite de cellules épithéliales pâles à noyau vésiculeux sans mitoses. Les cellules se groupent en lobules. Elles revêtent parfois un aspect papillaire à l'intérieur des kystes. Des foyers cribriformes pseudo cylindromateux y sont fréquents. En périphérie, les cellules tumorales s'agencent en travées ou petits canaux. Autour des nerfs et des vaisseaux, elles prennent une disposition concentrique.

1-2-6 Carcinome épidermoïde

Elle siège surtout dans la parotide. Mal circonscrit, infiltrant, il est tantôt bien différencié, tantôt peu différencié.

Son pronostic est grave du fait des récidives et métastases locorégionales.

1-2-7 Carcinome à petites cellules

C'est une tumeur à différenciation neuroendocrine. Cette variété est similaire aux carcinomes pulmonaires qu'il faudra éliminer avant d'admettre un siège salivaire primitif.

1-2-8 Carcinome indifférencié ou carcinome lymphoépithélial

Il est analogue au carcinome indifférencié nasopharyngien. Il associe en effet une prolifération de cellules épithéliales indifférenciées à un stroma lymphoïde abondant. Les récurrences et les métastases y sont habituelles.

1-2-9 Adénocarcinome dénommé par Ellis et Auclair SAI (sans autre indication).

Il ne serait pas rare. Sa différenciation est double, associant des glandes et des canaux ; sans qu'on ne puisse trouver l'une ou l'autre des structures histologiques caractéristiques des autres adénocarcinomes. Cette tumeur extensive peut donner des récurrences et des métastases.

1-2-10 Autres variétés

Nous ne ferons que citer, pour terminer les autres variétés de carcinomes :

- adénocarcinome à cellules basales qui est l'homologue malin de l'adénome à cellules basales ;
- le cystadénocarcinome ;
- le carcinome canalaire a des canaux dilatés et comblés de massifs de cellules basophiles riches en mitoses et présentant une nécrose centrale. L'évolution est hautement maligne (décès en moins de 3 ans).

2 - Les tumeurs conjonctives

2.1 Les tumeurs conjonctives bénignes

2-1-1 Les lipomes

Relativement fréquents dans leur siège parotidien (à distinguer de la dystrophie lipomateuse nutritionnelle de la glande), ils sont lipocytaires, banals et de diagnostic élémentaire. Ils peuvent être isolés ou entrer dans le cadre d'une lipomatose diffuse.

2-1-2 Les angiomes

Dans la majorité des cas ce sont des dysembryoplasies et non des tumeurs.

Ils s'observent essentiellement chez le jeune enfant et le nourrisson et sont congénitaux dans 90% des cas.

2-1-3 Hémangiopéricytome

C'est une tumeur vasculaire de malignité inconstante. La tumeur est assez bien délimitée, parfois volumineuse, constituée de vaisseaux dont les lumières mal individualisées sont entourées de péricytes. Les péricytes sont ovoïdes, globuleux et juxtaposés ou fusiformes, espacés et engainés de réticuline et de collagène.

2-1-4 Les Neurinomes (Schwannomes) et neurofibromes.

Ils sont rares mais non exceptionnels dans la loge parotidienne. Le plus simple est le neurinome du facial ou d'une de ses branches.

La tumeur est arrondie, régulière et ses rapports avec le nerf peuvent être évidents. Habituellement dure, elle peut prendre une allure myxoïde.

Les neurofibromes solitaires sont caractérisés par la prédominance des cellules périneurales. Lorsqu'ils sont l'expression d'une neurofibromatose de Recklinghausen (« névromes plexiformes »), les pseudo-fibroblastes y prédominent. Ces tumeurs sont habituellement moniliformes, douloureuses et extensives.

2.2 Les tumeurs conjonctives malignes

Les sarcomes conjonctifs

Les sarcomes conjonctifs de l'adulte (fibrosarcome, myosarcome, etc.) sont rares dans cette localisation. Par contre, la région parotidienne est une des localisations les plus fréquentes du rhabdomyosarcome embryonnaire de l'enfant.

3 - lymphomes malins

Ce sont pour la plupart des lymphomes non hodgkiniens selon Chomette G. [in 5]. Ils sont soit isolés, soit associés à une maladie de système à rechercher systématiquement. Ils se greffent parfois sur une sialadénite myoépithéliale auto-immune (syndrome de Sjögren) ou une lésion lymphoépithéliale bénigne.

***Macroscopie**

Ils siègent surtout dans la parotide où ils réalisent des nodules ou une masse tumorale mal limitée.

*** Histologie**

L'aspect est parfois celui d'un lymphome B habituel, nodulaire ou diffus, à petites ou grandes cellules. Plus souvent, le lymphome particulier est de type MALT (Mucosa-Associated Lymphoïde Tissue).

4 - Métastases

Les métastases siègent essentiellement dans la parotide (75%) selon Seiffert G. [in 4]. Il s'agit le plus souvent d'invasion de la glande par des tumeurs de voisinage (carcinome épidermoïde ou mélanome malin des téguments cervico-faciaux). D'autres sont secondaires à des métastases ganglionnaires intraparotidiennes. Les métastases hématogènes sont exceptionnelles. Elles émanent des cancers hautement diffusibles (cancers bronchiques à petites cellules, carcinomes mammaires, adénocarcinomes à cellules claires du rein).

D - Rappels cliniques, paracliniques et thérapeutiques des tumeurs des glandes salivaires [22-37]

1 - Tumeurs des glandes salivaires principales

1-1 Tumeurs de la glande parotide

La parotide est la glande salivaire la plus fréquemment atteinte par les tumeurs: 90,7% des tumeurs des glandes salivaires principales et 57,1% de l'ensemble des localisations [28]. Ces tumeurs sont plus fréquentes chez la femme. La plupart (70 à 80%) des tumeurs parotidiennes sont bénignes et le principal type histologique est l'adénome pléomorphe: 61,2 à 75,3% suivant les séries.

1-1-1 Aspects cliniques

Les tumeurs parotidiennes se présentent sous la forme d'un nodule situé en avant et en dessous du lobule de l'oreille pouvant combler le sillon rétromandibulaire. Elles siègent le plus souvent dans le lobe superficiel, parfois dans le lobe profond ou sur un prolongement pharyngé ou cervical de la glande.

Elles se révèlent par des troubles de la déglutition en rapport avec leur développement vers l'espace sous parotidien antérieur, sous amygdalotubulaire ou préstylien. Les tumeurs du prolongement parotidien sous-digastrique exceptionnelles sont palpables dans l'aire sous digastrique; elles prêtent alors à confusion avec une adénopathie. Les tumeurs parotidiennes sont le plus souvent unilatérales. Des formes bilatérales sont possibles. Elles doivent faire évoquer en premier lieu un kyste lymphoépithélial, ou même une adénopathie métastatique intraparotidienne: carcinome spinocellulaire de la peau et surtout mélanome malin.

1-1-2 Aspects Paracliniques.

Parmi les examens complémentaires, l'imagerie tient la première place. La parotidectomie exploratrice avec examen histopathologique reste cependant l'examen clé pour le diagnostic.

1-1-2-1 Imagerie médicale

Les techniques d'imagerie médicale ne permettent pas actuellement un diagnostic de nature. Elles permettent en revanche de préciser l'extension locorégionale de la tumeur. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est particulièrement intéressante dans les tumeurs du lobe profond ou à développement parapharyngé.

*** Echographie**

C'est un examen simple non invasif et peu coûteux. Il peut être réalisé en première intention devant toute tumeur de la parotide. Bilatérale et comparative, l'échographie est faite avec une sonde de 7,5 MHz. Le tissu glandulaire d'échostructure homogène paraît discrètement hypoéchogène par rapport aux muscles de voisinage.

L'échographie permet d'affirmer le diagnostic de tumeur intraparotidienne dans près de 100% des cas. Sa fiabilité est maximale pour des lésions mesurant 0,8 à 2 cm. Au delà de 3 cm l'échographie n'autorise pas de mesures aussi précises. Le nerf facial n'est pas visible en échographie et la séparation entre les deux lobes s'apprécie par rapport à la veine rétromandibulaire.

L'approche diagnostique entre tumeur bénigne et tumeur maligne est possible grâce à deux critères échographiques : homogénéité du contenu tumoral et aspects des limites tumorales qui sont considérées comme nettes quand elles sont bien visibles, discernables du reste du parenchyme.

- En faveur de la bénignité : tumeur homogène à limites nettes.

- En faveur de la malignité : on retient l'absence d'un de ces deux critères.

*** Radiographie sans préparation**

Elle a peu d'intérêt en pathologie parotidienne.

La découverte de calcification peut faire évoquer une lithiase, une calcinose salivaire (images rondes symétriques), des adénopathies calcifiées voire des phlébolithes (formations multiples, stratifiées avec hypodensité centrale notamment dans les lymphangiomes).

*** Scintigraphie**

Elle utilise la fixation du technitium 99 sur les glandes salivaires après administration intraveineuse. Le manque de spécificité de cette technique, son absence d'intérêt dans les bilans d'extension locorégionale lui ont fait perdre l'essentiel de son intérêt depuis l'utilisation de la TDM et de l'IRM. Elle conserve son intérêt dans le cystadénolymphome et l'oncocytome.

*** La sialographie**

Elle permet une opacification des voies excrétrices par cathétérisme rétrograde du canal de Stenon, avec injection d'un produit de contraste hydrosoluble ou du lipiodol ® ultrafluide.

Cet examen, parfois difficile à effectuer, ne permet le diagnostic de tumeur parotidienne que dans 70 à 80% des cas et les petites lésions ne sont pas visibles.

Si cet examen reste intéressant pour les affections inflammatoires lithiasiques, il ne fait guère partie du bilan des tumeurs parotidiennes.

*** Tomodensitométrie (TDM)**

La tomodensitométrie contrairement à l'échographie, permet une bonne exploration du lobe profond. Elle renseigne sur la topographie des lésions et l'extension locorégionale.

Elle met en évidence « l'agressivité » des lésions tumorales malignes sur les tissus de voisinage, notamment l'envahissement osseux.

Malgré certains aspects évocateurs (densité graisseuse d'un lipome, prise de contraste marquée en cas d'hémangiome), il n'est pas possible de faire le diagnostic de la nature histologique d'une tumeur en TDM.

*** Imagerie par résonance magnétique (IRM)**

C'est un examen non invasif, ne nécessitant pas l'emploi systématique d'un produit de contraste et autorisant des coupes dans les plans de l'espace. C'est en revanche un examen coûteux, et de réalisation assez longue.

L'IRM précise le caractère intra ou extraglandulaire d'une tumeur, notamment pour les tumeurs du lobe profond qu'on distingue des tumeurs de l'espace parapharyngé.

Le nerf facial peut être vu dans son trajet extraparotidien, à sa sortie du trou stylomastoïdien, mais n'est pas visible dans la glande.

Les dimensions d'une tumeur, ses contours et surtout son extension dans la glande sont bien visibles.

L'IRM permet également un bilan d'extension précis des tumeurs malignes, mais l'inflammation périlésionnelle et l'infiltration tumorale sont parfois difficiles à distinguer.

Enfin, en cas de récurrence tumorale, l'IRM est l'examen de choix.

1-1-2-2 Examens anatomo-pathologiques

*** Cytoponction à l'aiguille fine [58]**

Elle reste très discutée en pathologie parotidienne tumorale. En effet, elle n'est pas fiable. Il existe des faux négatifs. Cet examen est, en pratique, effectué en cas de tumeur manifestement maligne, inopérable et pour laquelle on souhaite une information diagnostique.

*** Parotidectomie exploratrice avec examen extemporané**

L'examen histologique est le seul à pouvoir fournir une certitude diagnostique. L'énucléation d'une tumeur est formellement proscrite. Seule, une parotidectomie réglée est acceptable. Elle peut se limiter à une parotidectomie exofaciale après repérage et dissection des branches du nerf facial. En cas de doute, et à fortiori si l'extemporanée oriente vers une pathologie maligne, la parotidectomie est complétée.

1-1-3 Aspects thérapeutiques des tumeurs de la parotide

1-1-3-1 Principe thérapeutique

L'énucléation tumorale doit être proscrite

1-1-3-2 Traitement des tumeurs bénignes

- l'exérèse de tout le lobe superficiel en cas de lésion limitée à ce lobe.
- la parotidectomie totale d'emblée est indiquée en cas de tumeur du lobe profond, respectant dans tous les cas le nerf facial.

1-1-3-3 Traitement des tumeurs malignes

- Le traitement des tumeurs malignes de la parotide consiste en une parotidectomie totale, avec exploration ganglionnaire homolatérale, complétée selon les résultats de l'examen anatomo-pathologique extemporané par un geste ganglionnaire. Le sacrifice du nerf facial ou d'une de ses branches peut s'imposer devant une adhérence, un envahissement tumoral évident.

- La radiothérapie externe est systématique, associée au geste chirurgical pour la plupart des auteurs [50].

- L'intérêt de la chimiothérapie dans l'allongement de la survie n'a pas été démontré jusqu'à présent.

1-1-4 Evolution et pronostic

1-1-4-1 Tumeurs bénignes

- Récidives: le risque de récurrence après intervention chirurgicale est variable selon les auteurs de 2 à 10% [in 22].

- La dégénérescence maligne se produit dans 3 à 14% des cas suivant les auteurs [53].

1-1-4-2 Tumeurs malignes

Le pronostic dépend de leur histologie : les tumeurs mucoépidermoïdes et les tumeurs à cellules acineuses ont une survie de 80% à 5 ans. Dans les autres formes tumorales, la survie à 5 ans ne dépasse pas 50% avec pour les carcinomes indifférenciés, une survie à 5 ans inférieure à 10%.

1-2. Les tumeurs de la glande sous maxillaire ou sous mandibulaire [22]

Les tumeurs de la glande sous mandibulaire ne représentent que 10% des tumeurs des glandes salivaires. Elles sont plus fréquentes chez le sujet

âgé et chez la femme, particulièrement pour les tumeurs bénignes. La proportion des tumeurs malignes est plus élevée pour la sous mandibulaire que pour la parotide.

Le pronostic des tumeurs de la glande sous maxillaire est par ailleurs plus sévère que celui des tumeurs malignes des autres glandes salivaires et tout particulièrement de la parotide.

1-2-1 Aspects cliniques

Certains aspects cliniques permettent d'évoquer une tumeur bénigne ou une tumeur maligne.

En faveur d'une tumeur bénigne, un certain nombre de signes sont classiques : tumeur régulière, non sensible à la palpation, bien limitée, mobile par rapport aux plans de voisinage et notamment mandibulaire.

En faveur d'une tumeur maligne, on retient certains caractères : tumeur irrégulière, douloureuse, d'extension rapide, notamment à la branche horizontale.

On évoque en premier lieu un cylindrome qui est la plus fréquente des tumeurs malignes de la sous mandibulaire [59].

Il faut cependant signaler la fréquence assez élevée des foyers carcinomateux à l'intérieur des adénomes pléomorphes sous mandibulaires. Plus rarement, c'est un carcinome épidermoïde, surtout chez le sujet âgé, un adénocarcinome ou une tumeur mucoépidermoïde.

1-2-2 Aspects paracliniques

Les moyens diagnostics utilisables au niveau de la sous mandibulaire ne sont pas différents de ceux décrits à propos de la glande parotide.

- L'échographie permet souvent le diagnostic de tumeur glandulaire faisant la part entre tumeur de la glande et adénopathie sous mandibulaire éventuellement associée. Elle précise le caractère kystique ou plein de la tumeur.

- Les clichés standards gardent quelques indications : incidence de défilé mandibulaire, incidence oblique postéro-inférieure de Bonneau particulièrement adaptée à l'étude de la partie antérieure de la glande sous mandibulaire, cliché panoramique dentaire.

Ces diverses incidences permettent de faire un bilan osseux à la recherche d'une érosion, et complètent le bilan clinique de l'état dentaire.

- La TDM est l'examen complémentaire de choix. Elle apprécie les rapports de la tumeur avec le rebord mandibulaire interne, les structures musculaires de voisinage, fournit un bilan d'extension locorégionale précis. Elle met en évidence des adénopathies sous mandibulaires et cervicales éventuellement associées.

- L'IRM ne possède pas une spécificité suffisante pour permettre un diagnostic de nature. Elle permet cependant une meilleure analyse tissulaire, notamment en ce qui concerne les prolongements tumoraux périnerveux, si fréquents dans les cylindromes.

1-2-3 Aspects thérapeutiques des tumeurs de la glande sous mandibulaire.

1-2-3-1 Tumeurs bénignes

Le traitement des tumeurs bénignes est la sous maxillectomie.

1-2-3-2 Tumeurs malignes

Pour les tumeurs malignes, il faut réaliser une sous maxillectomie élargie à la demande, selon l'envahissement locorégional.

Un évident ganglionnaire antérieur, intéressant les aires sous mandibulaires et sous mentales, sous digastriques et sus-omohyoïdiennes, est l'intervention de base. Elle peut être complétée selon les données de l'examen anatomo-pathologique extemporané.

Le sacrifice des troncs nerveux en cas d'envahissement, doit être conduit jusqu'à atteindre la portion saine.

En cas d'atteinte remontant jusqu'au foramen ovale, un clip radio-opaque doit être placé pour guider la radiothérapie postopératoire systématique pour la plupart des auteurs.

1-2-4 Evolution et pronostic [66].

Les tumeurs malignes peuvent récidiver localement ou donner des métastases. Celles-ci se produisent dans 45 à 60% des cas dans un délai de 1,5 ans, tout type histologique.

La survie globale à 5 ans ne dépasse pas 40% des cas. Elle est de 87% pour les carcinomes mucoépidermoïdes, de 44% pour les adénocarcinomes et 72% pour les cylindromes. Le pronostic des tumeurs malignes est fonction de l'existence d'une extension en dehors des limites de la loge sous mandibulaire.

1-3 Les tumeurs de la glande sublinguale.

Les tumeurs malignes y sont plus fréquentes que les tumeurs bénignes avec une nette prédominance des cylindromes. Les adénomes pléomorphes et les carcinomes épidermoïdes sont beaucoup plus rares.

1-3-1 Aspects cliniques.

Habituellement, c'est une tuméfaction du plancher antérieur de la bouche, plus ou moins latéralisée.

1-3-2 Aspects thérapeutiques.

Les tumeurs bénignes peuvent bénéficier d'une exérèse par voie orale. Elle doit cependant être assez large.

Les tumeurs malignes justifient une exérèse élargie avec évidement de la loge sus-mandibulaire.

Ces tumeurs se caractérisent par un taux de récurrence important, en partie dû au caractère mal limité des lésions situées à ce niveau. Pour les tumeurs malignes, une radiothérapie complémentaire est le plus souvent indiquée.

2 - Tumeurs des glandes salivaires accessoires

2-1 Données générales

Les tumeurs des glandes salivaires accessoires atteignent un peu plus la femme que l'homme et surviennent en moyenne entre l'âge de 50 et 60 ans.

Les tumeurs malignes, en particulier les cylindromes et les adénocarcinomes, y sont plus fréquentes qu'au niveau des autres glandes salivaires [8].

Les tumeurs palatines sont de loin les plus fréquentes ; le palais réunissant plus de 50% des glandes salivaires accessoires. Elles se répartissent également entre le palais dur et le palais mou.

2-2 Aspects cliniques

Les tumeurs des glandes salivaires accessoires peuvent réaliser deux tableaux cliniques.

- Le plus souvent, c'est une tumeur solitaire, située dans une zone que l'on sait comporter des glandes accessoires, dure, bien limitée, mobile (sauf au palais dur), indolente, à évolution très lente. Si la nature salivaire est très probable, par contre, seule l'histologie pourra montrer le type histologique. Autrement dit, avant l'examen histologique, l'incertitude est complète.

- Le deuxième tableau clinique possible est celui d'une tumeur manifestement maligne. Elle est évolutive et invasive.

Un ou plusieurs signes objectivent la malignité : douleurs ou simple sensibilité, anesthésie d'un territoire nerveux, ulcération plus ou moins hémorragique, adénopathie révélatrice, image radiologique de destruction osseuse, réaction sinusienne au contact d'une tumeur, syndrome de sténose néoplasique du canal de Stenon ou du canal de Wharton avec d'éventuelles images sialographiques évocatrices.

2-3 Les aspects paracliniques

La TDM et l'IRM permettent un bilan précis de l'extension locorégionale, en particulier au niveau du massif facial.

Les tumeurs des glandes salivaires accessoires ne présentent cependant pas plus de caractéristiques d'imagerie propres à chaque type histologique que leurs homologues des glandes salivaires principales.

2-4 Evolution

L'évolution se fait selon trois modes principaux :

- quiescence absolue ; spontanément (tumeurs mixtes et adénocarcinomes peuvent avoir cette évolution) ;
- augmentation progressive de volume entraînant déformation et gêne mécanique (évolution habituelle des tumeurs mixtes) ;

- apparition plus ou moins rapide des signes de malignité locale (douleurs, ulcération, fixation, dureté), d'adénopathies, de métastases à distance : pulmonaires (surtout le cylindrome), osseuse etc. ...

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I - MATÉRIELS

Pour atteindre nos objectifs nous avons colligé tous les cas de tumeurs des glandes salivaires à partir des registres du laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologique du CHNYO. Nous avons ressorti les bulletins de demande d'examen histopathologique. Nous avons recherché les dossiers cliniques des cas colligés et les fiches individuelles de consultation dans leur service d'origine. Nos pièces colligées proviennent du service d'ORL et de chirurgie cervicofaciale.

I-1 Critères d'inclusion

Sont inclus dans l'étude, tous les cas de tumeur des glandes salivaires confirmées histologiquement.

I-2 Critères d'exclusion

Sont exclus :

- Les cas suspectés cliniquement comme étant des tumeurs mais n'ayant pas bénéficié d'une confirmation histologique.
- Les pseudo tumeurs inflammatoires.

II - MÉTHODES

II-1 Type d'étude

Notre travail est une étude rétrospective menée d'avril 1983 date du démarrage effectif des activités du laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologique du CHN-YO à décembre 1997 soit une période de 14 ans et 9 mois.

II-2 Collecte des données

Les données ont été recueillies selon une fiche de collecte de données reproduite en annexe. Les informations recueillies ont été classées en 4 groupes :

- les caractéristiques épidémiologiques (âge, sexe, ethnie, profession, lieu de résidence) ;
- les aspects cliniques (motifs de consultation, histoire de la maladie, les données cliniques et paracliniques) ;
- les aspects anatomo-pathologiques (nature et type histologique) ;
- les aspects thérapeutiques (traitement chirurgical, traitement médical post opératoire, radiothérapie et suites opératoires).

Les données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques ont été obtenues grâce à l'exploitation des données disponibles sur les fiches individuelles de consultation et les dossiers cliniques des malades dans leurs services d'origine.

II-3 Traitement des données.

Les données recueillies selon la fiche de collecte reproduite en annexe ont été saisies et analysées sur micro-ordinateur portable Toshiba T1950CT à l'aide des logiciels Epi-info version 5 et Word 6. ...

La comparaison entre les moyennes d'âges a été faite par le test t de Student. Le seuil de signification retenu était de 0,05.

II-4 Techniques anatomo-pathologiques

II-4-1 La fixation

Cette fixation a pour but d'inhiber la nécrose des tissus qui commence dans les minutes qui suivent le prélèvement. Ce dernier prive les tissus de leurs connexions nutritionnelles. Cette fixation a été faite en plongeant le prélèvement dans des liquides variés, dont le formol à 10 % obtenu en diluant le formol du commerce qui est à 40 %. Elle peut également se faire en plongeant les prélèvements dans du liquide de Bouin. Celui-ci peut être obtenu de deux façons:

- en extemporané on associe 10 volumes de formol à 40% à 30 volumes de solution saturées d'acide picrique et à 2 volumes d'acide acétique;
- lorsqu'il s'agit du mélange commercial, il faut ajouter au moment de l'emploi 5cc d'acide acétique cristallisable, pour 100cc de mélange préparé.

Il faut noter que le Bouin est un fixateur meilleur au formol, car imprégnant davantage les tissus qu'il baigne. Il est utilisé de préférence pour les pièces de petite taille et en post fixation (mordançage).

Quel que soit le fixateur utilisé son volume doit correspondre, pour assurer une fixation satisfaisante, à 15 - 20 fois le volume du tissu à fixer.

La durée de fixation nécessaire pour qu'un tissu puisse subir la technique anatomo-pathologique va selon les méthodes histochimiques classiques de quelques heures pour les petits prélèvements à 2-3 jours pour des pièces plus volumineuses.

II-4-2 l'identification

Le prélèvement fixé est identifié et enregistré en procédant à la pose d'un numéro sur le contenant. Le bulletin de demande d'examen histopathologique

est très important pour l'identification du prélèvement. Il doit porter l'identité du patient, sa résidence, la nature et le siège anatomique du prélèvement, le diagnostic clinique et opératoire.

II-4-3 la coupe macroscopique

Elle est faite par un anatomo-pathologiste. Le poids, les dimensions, l'aspect à la coupe, sont notés sur le bulletin de demande d'examen histopathologique. Puis les échantillons, étiquetés sont mis en post fixation dans des cassettes.

II-4-4 la circulation

Elle se déroule en 3 phases. Son but est d'augmenter la rigidité du tissu, pour faciliter la coupe microtomique ultérieure. L'appareil utilisé à cet effet, est un automate appelé histokinette.

II-4-4-1 la déshydratation

Elle consiste à débarrasser le tissu de l'eau qu'il contient. Pour ce faire l'histokinette intervient pour assurer aux prélèvements des bains dans des solutions d'éthanol à concentrations progressives allant de 70% jusqu'à l'éthanol absolu.

II-4-4-2 l' éclaircissement

On remplace l'éthanol contenu dans le tissu par un solvant. Il se trouve que les liquides éclaircissants ont souvent un indice de réfraction élevé, proche de celui des protéines (1,54), si bien qu'au fur et à mesure que le solvant remplace l'éthanol, le tissu devient transparent, d'où le nom donné à cette étape : éclaircissement (clearing). En pratique courante, le xylène est utilisé.

II-4-4-3 l' imprégnation

C'est l'étape terminale de la circulation. Les deux premières étapes préparent le tissu à l'imprégnation. C'est la paraffine à fusion située entre 56 – 60° qui est le plus souvent utilisée. Trois bains de paraffine terminent la circulation.

II-4-5 l'enrobage

Il a consisté à inclure le tissu imprégné dans un milieu d'inclusion, notamment la paraffine. Pour la mise en bloc, on a utilisé des moules qui peuvent être de plusieurs types. Dans le laboratoire d'anatomie pathologique, des barres en L de Leuckart sont utilisées. Il s'agit de deux (2) pièces en métal, en forme de L qu'on place en regard l'une de l'autre sur une plaque en verre, de façon qu'elles forment un espace ajustable, en fonction de la pièce à inclure. Après avoir bien disposé la pièce dans la moule (de telle sorte que la surface de coupe permette de voir simultanément toutes les structures que l'on veut observer), on verse de la paraffine liquide dans la moule.

II-4-6 la microtomie

Une fois que le tissu est inclus dans un bloc homogène, il faut en faire des coupes minces. L'appareil utilisé à cet effet, est appelé microtome. C'est le microtome rotatif qui est le plus souvent utilisé. Il s'agit de faire un rabotage à au moins sept (7) microns avant de faire des coupes à 5 ou à moins de 5 microns. On obtient alors un ruban qui est étalé sur une lame porte objet.

II-4-7 L'étalement

Chaque lame est gravé du numéro d'enregistrement à l'identification. Le ruban est étalé à l'aide de quelques gouttes d'eau albumineuse. Puis la lame est

portée sur une plaque chauffante, ce qui déplisse davantage le ruban. Ensuite les lames sont mises dans une étuve pendant au moins 30 minutes.

II-4-8 La coloration

Avant la coloration, le seul moyen dont on dispose pour distinguer les différentes structures de tissu, est la différence entre leurs indices de réfraction respectifs. On peut cependant faire ressortir les différences de la composition chimique des structures tissulaires en les colorant.

Il existe plusieurs types de coloration, mais le laboratoire utilise surtout la méthode H.P.S. mise au point par Pierre Masson.

Son principal avantage est la coloration jaune donnée au collagène par le safran.

II-4-9 Mode opératoire

Il comporte plusieurs étapes. Il faut :

Déparaffiner et hydrater les coupes à l'eau de robinet,

Colorer avec l'hématéine de Harris pendant 3 minutes,

Laver les coupes à l'eau de robinet pendant une (1) minute,

Différencier les coupes à l'eau acétifiée (2 plongées), puis laver à l'eau de robinet,

Bleuir les noyaux avec les carbonates de lithium (quelques secondes),

Colorer dans la phloxine B à 1,5% (2 minutes),

Commencer la déshydratation des coupes à l'aide de 2 bains d'éthanol à 70% et à 100%,

Colorer dans le safran du Gatinais alcoolique (5 minutes),

Rincer les coupes dans l'éthanol absolu (quelques secondes),

Éclaircir dans le xylène et monter à l'eukitt.

II-4-10 Résultats

A la fin de la coloration, les différentes structures cellulaires sont colorées différemment.

Le noyau en bleu

Le cytoplasme en rose

Les fibres élastiques en rose

Les fibres de collagène en jaune orange.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

RÉSULTATS

1 - Aspects épidémiologiques

Au total 93 tumeurs des glandes salivaires ont été colligées.

1 - 1 Fréquence.

Les tumeurs bénignes avec 72 cas soit 77,42% prédominent, suivies des tumeurs malignes avec 21 cas soit 22,58%.

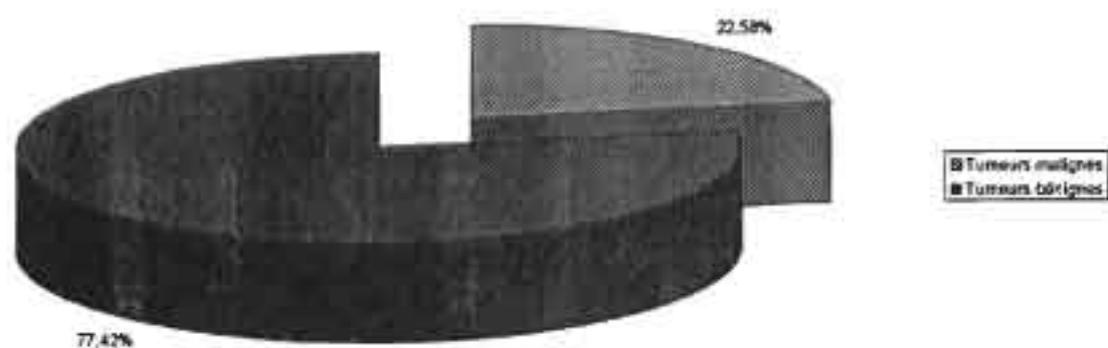


Figure n° 1 : Distribution des tumeurs malignes et bénignes des glandes salivaires selon leur fréquence.

1 - 2 Répartition des tumeurs des glandes salivaires selon l'âge

Sur les 93 tumeurs des glandes salivaires colligées l'âge des patients avaient été précisé dans 80 cas. Ainsi on observe une moyenne d'âge de 52,42 ans pour les tumeurs malignes avec des extrêmes de 17 et 73 ans. La moyenne d'âge était de 34,05 ans pour les tumeurs bénignes avec des extrêmes de 10 et 70 ans.

Pour la comparaison des 2 moyennes d'âge, nous avons utilisé le test t de Student ($p = 0,995520$). La différence observée n'est pas statistiquement significative. Il n'y a pas de liaison statistique entre la moyenne d'âge et la nature de la tumeur.

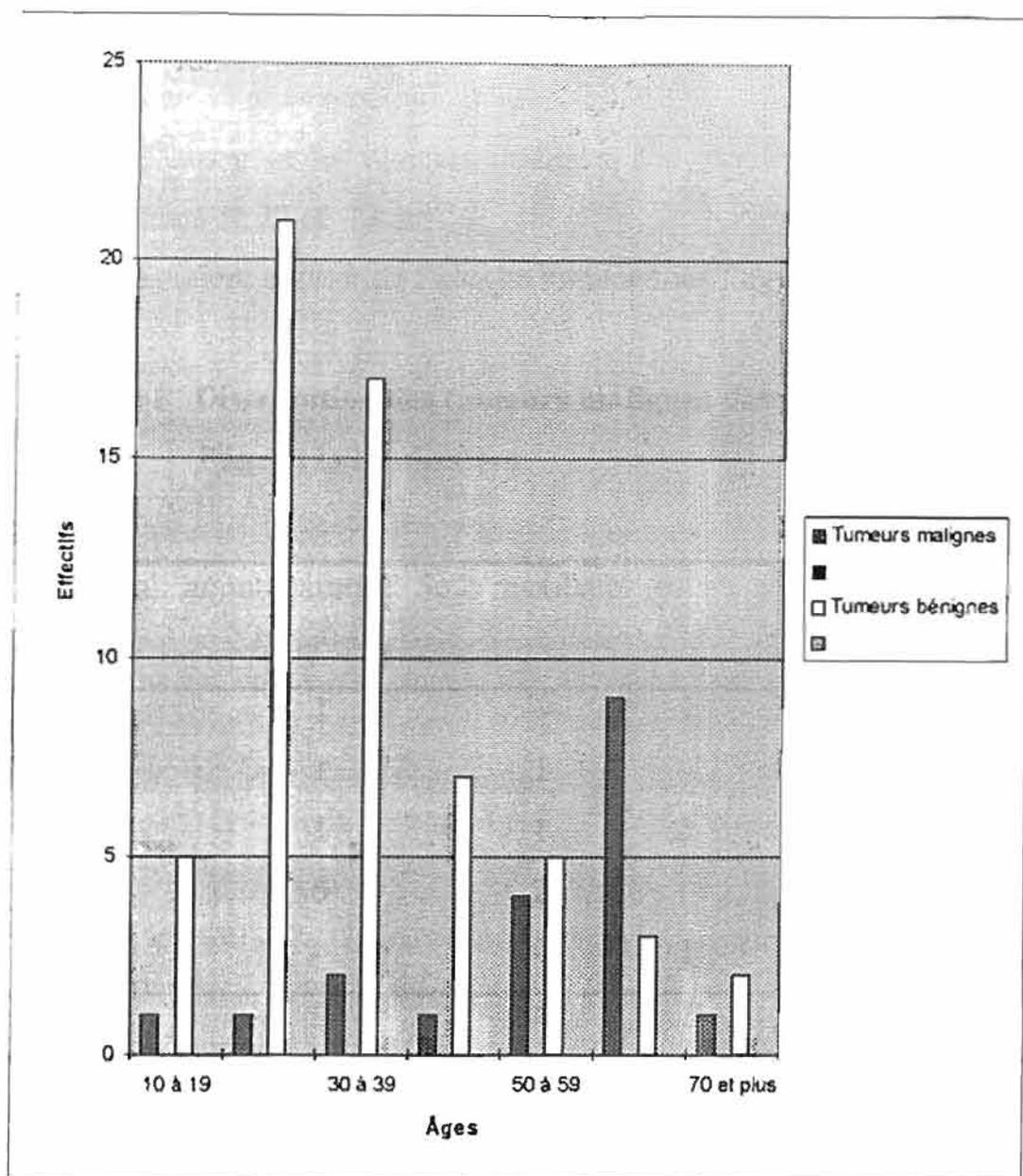


Figure n° 2 : Distribution des tumeurs des glandes salivaires selon l'âge

1-2-1 Répartition des tumeurs malignes des glandes salivaires selon l'âge.

Sur les 21 tumeurs malignes colligées 19 provenaient de patients chez qui l'âge avait été précisé. La moyenne d'âge était de 52,42 ans avec des extrêmes de 17 et 73 ans .

La moyenne d'âge par glande était de 54,38 ans pour les tumeurs malignes de la parotide avec des extrêmes de 17 et 65 ans,

de 50,67 ans pour les tumeurs malignes de la glande sous maxillaire avec des extrêmes de 35 et 64 ans,

de 48,33 ans pour les tumeurs malignes des glandes salivaires palatines avec des extrêmes de 22 et 73 ans.

L'âge du patient porteur de l'unique tumeur sous linguale était de 57 ans.

Tableau I : Distribution des tumeurs malignes des glandes salivaires selon l'âge et la localisation.

Localisation	parotide	Sous maxillaire	palais	sous linguale	total
Age					
17 - 26	1	-	1	-	2
27 - 36	1	1	-	-	2
47 - 56	1	1	2	-	4
57 - 66	6	2	1	1	10
67 - 76	-	-	1	-	1
Total	9	4	5	1	19

1-2-2 Répartition des tumeurs bénignes des glandes salivaires selon l'âge.

Sur les 72 tumeurs bénignes des glandes salivaires colligées, 60 provenaient de patients dont l'âge avait été précisé. Ainsi la moyenne d'âge était de 34,05 ans toute localisation confondue avec des extrêmes de 10 et 70 ans.

La moyenne d'âge par glande était :

de 32 ans pour les tumeurs de la parotide avec des extrêmes de 10 et 70 ans ;

de 39,14 ans pour les tumeurs de la glande sous maxillaire avec des extrêmes de 22 et 70 ans.

On retrouve 2 cas de tumeurs du palais dont les porteurs avaient 19 et 29 ans. Un patient de 23 ans présentait une localisation double parotidienne et sous maxillaire.

1 - 3 Répartition des tumeurs des glandes salivaires selon le sexe.

Sur les 93 tumeurs des glandes salivaires colligées, le sexe des patients avait été précisé dans 92 cas. On notait une prédominance féminine avec 51 cas soit 55,43% et de 41 hommes soit 44,57%.

1-3-1 Répartition des tumeurs malignes selon le sexe

Sur les 21 tumeurs malignes colligées 20 provenaient de patients dont le sexe avait été précisé. Ainsi on retrouvait une prédominance masculine avec 12 cas. Le sexe féminin représentait 8 cas.

Sur le plan de la distribution par glande, on notait une prédominance féminine dans les cas des tumeurs de la parotide et une prédominance masculine dans les cas des tumeurs de la sous maxillaire et des glandes salivaires palatines. L'unique tumeur sous linguale concernait un sujet de sexe masculin.

Tableau II : Répartition des tumeurs malignes des glandes salivaires selon la localisation et le sexe.

Sexe	Masculin	Féminin	Total
Localisation			
Parotide	3	6	9
Sous maxillaire	3	1	4
Parotidienne et sous maxillaire	1	-	1
Palatine	4	1	5
Sous linguale	1	-	1
TOTAL	12	8	20

1-3-2 Répartition des tumeurs bénignes selon le sexe

Nous avons observé une prédominance féminine avec 43 cas soit 59,72%. Le sexe masculin représentait 29 cas soit 40,28%. Le sex-ratio s'établissait à 1,48.

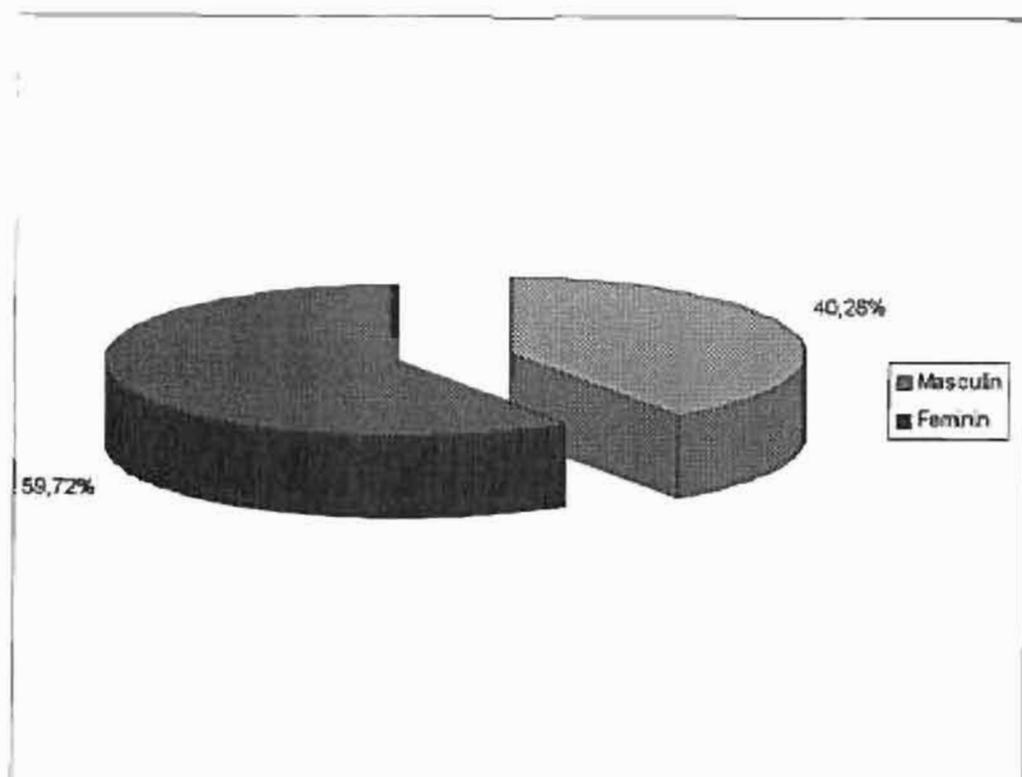


Figure n° 3 : Répartition des tumeurs bénignes selon le sexe.

1 - 4 Répartition des tumeurs des glandes salivaires selon l'ethnie

Sur les 93 tumeurs des glandes salivaires colligées l'ethnie des patients avait été précisée dans 86 cas. Ainsi les mossi venaient au premier rang avec 59 cas soit 68,6% suivie des bissa 6 cas soit 7%, des bobo 5 cas soit 5,7%.

Tableau III : Distribution des tumeurs des glandes salivaires selon l'ethnie (n=86).

Ethnie	Effectif observé	Pourcentage
Mossi	59	68,6
Bissa	6	7
Bobo	5	5,7
Gourmatché	4	4,7
Gourounsi	4	4,7
Samo	2	2,3
Haoussa	2	2,3
Sénoufo	2	2,3
Peulh	1	1,2
Dafing	1	1,2
Total	86	100

1 - 5 Répartition des tumeurs des glandes salivaires selon la profession

Sur les 93 tumeurs des glandes salivaires colligées 37 provenaient de patients dont la profession avait été précisée. Les ménagères venaient au premier rang avec 14 cas soit 37,8% suivies des cultivateurs 12 cas soit 32,4%, les fonctionnaires 6 cas soit 16,2%.

Sur les 37 patients qui avaient leur profession précisée, on retrouvait 18 femmes et 19 hommes.

Tableau IV : Distribution des tumeurs des glandes salivaires selon la profession et le sexe.

Profession	Sexe		Total
	Féminin	Masculin	
Cultivateur	-	12	12
Ménagère	14	-	14
Fonctionnaire	3	3	6
Secteur informel	1	4	5
Total	18	19	37

2 - Aspects cliniques

2 - 1 Distribution des tumeurs des glandes salivaires selon le motif de consultation

Sur les 48 dossiers cliniques exploitables, nous avons retrouvé :

43 malades qui ont consulté pour tuméfaction simple soit 89,6% des cas,

1 malade pour tuméfaction associée à une altération de l'état général,

1 pour tuméfaction douloureuse,

1 pour tuméfaction ulcérée associée à une paralysie faciale périphérique droite,

1 pour tuméfaction ulcéronécrotique

1 cas pour paresthésie pharyngée.

2-1-1 Distribution des tumeurs malignes selon le motif de consultation.

Le motif de consultation était précisé chez 11 malades sur 21 cas de tumeurs malignes des glandes salivaires colligées. On retrouvait :

- 7 cas de tuméfaction simple,
- 1 cas de tuméfaction douloureuse,
- 1 cas de tuméfaction associée à une altération de l'état général,
- 1 cas de tuméfaction ulcérée associée à une paralysie faciale périphérique droite,
- 1 cas de tuméfaction ulcéronécrotique .

2-1-2 Distribution des tumeurs bénignes selon le motif de consultation.

Sur les 72 tumeurs bénignes des glandes salivaires colligées le motif de consultation a été précisé dans 37 cas. Dans 36 cas la tuméfaction simple a été le principal motif de consultation. Un patient a consulté pour paresthésie pharyngée.

2 -2 Répartition des cas de tumeurs des glandes salivaires selon le délai de consultation

Le délai de consultation est la période séparant l'apparition du premier signe et la consultation médicale. Sur les 93 cas colligés 20 provenaient de patients chez qui cette notion avait été précisée. Ainsi nous avons enregistré un délai moyen de 3 ans avec des extrêmes de 7 mois et 8 ans.

2-2-1 Répartition des tumeurs malignes selon le délai de consultation.

Sur les 21 tumeurs malignes des glandes salivaires colligées le délai de consultation a été précisé dans 5 cas. Le délai moyen était de 1 an 8 mois avec des extrêmes de 7 mois et 4 ans.

2-2-2 Répartition des tumeurs bénignes selon le délai de consultation.

Sur les 72 tumeurs bénignes colligées, le délai de consultation était précisé dans 15 cas. Le délai moyen était de 3 ans 5 mois avec

des extrêmes de 10 mois et 8 ans. Nous avons enregistré un cas de tuméfaction parotidienne évoluant depuis 8 ans. L'apparition de phénomènes douloureux a motivé la consultation.

2 - 3 Répartition des cas de tumeurs des glandes salivaires selon la localisation

La pathologie tumorale des glandes salivaires est dominée par les tumeurs parotidiennes qui représentent dans notre série 55,91% des cas, suivies des tumeurs sous maxillaires avec 32,26% des cas. Les glandes salivaires accessoires représentent 9,68% des cas.

Tableau V : Distribution des tumeurs des glandes salivaires selon la localisation.

Localisation	Effectif observé	Pourcentage
Parotide	52	55,91
Sous maxillaire	30	32,26
Parotidienne et sous maxillaire	2	2,15
Palatine	8	8,60
Sous linguale	1	1,08
Total	93	100

2-3-1 Répartition des tumeurs malignes selon la localisation.

Les localisations parotidiennes étaient de 9 cas soit 42,86 %, suivies par les localisations palatines dans 6 cas soit 28,57 %. Les localisations sous maxillaires occupent le troisième rang avec 4 cas soit 19,05 %. Un cas de localisation sous linguale et un cas de double localisation (sous maxillaire et parotidienne) ont été enregistrés.

Tableau VI : Distribution des tumeurs malignes selon la localisation

Localisation	Effectif observé	Total
Parotide	9	42,86
Palais	6	28,57
Sous maxillaire	4	19,05
Sous linguale	1	4,76
Parotidienne et sous maxillaire	1	4,76
Total	21	100

2-3-2 Répartition des tumeurs bénignes selon la localisation.

Sur les 72 tumeurs bénignes des glandes salivaires colligées 43 étaient de siège parotidien soit 59,72% des cas et de 26 localisations sous maxillaires soit 36,11% des cas.

Tableau VII : Distribution des tumeurs bénignes selon la localisation

Localisation	Effectif observé	Pourcentage
Glandes salivaires principales		
Parotide	43	59,72
Sous maxillaire	26	36,11
Parotidienne et sous maxillaire	1	1,39
Glandes salivaires accessoires		
Palatine	2	2,78
Total	72	100

2 - 4 Répartition des tumeurs des glandes salivaires selon la taille

Sur les 93 tumeurs des glandes salivaires colligées, la taille de la tumeur avait été précisée dans 17 cas. Ainsi nous avons enregistré une taille moyenne de 6,05 cm avec des extrêmes de 2 et 13 cm pour le grand axe.

2-4-1 Répartition des tumeurs malignes selon la taille de la tumeur.

Sur les 21 tumeurs malignes des glandes salivaires colligées la taille de la tumeur avait été précisée dans 7 cas. La taille moyenne était de 7,71 cm avec des extrêmes de 4 et 13 cm pour le grand axe.

2-4-2 Répartition des tumeurs bénignes selon la taille de la tumeur.

Sur les 72 tumeurs bénignes colligées la taille de la tumeur avait été précisée dans 10 cas. La taille moyenne était de 4,7 cm avec des extrêmes de 2 et 12 cm pour le grand axe. La plus grosse tumeur était parotidienne.

3 - Les différentes entités anatomo-pathologiques

3-1 Les tumeurs malignes

Nous pouvons distinguer en fonction de la nature histologique 2 grands groupes dans notre série :

les tumeurs épithéliales de loin les plus fréquentes représentent 95,24 % des tumeurs malignes;

les lymphomes malins avec 1 cas représentent 4,76 % des tumeurs malignes des glandes salivaires.

Tableau VIII : Distribution des tumeurs malignes selon la nature histologique.

Nature histologique	Effectif observé	Pourcentage
Tumeurs épithéliales		
Carcinomes à cellules acineuses	1	4,76
Carcinomes mucoépidermoïdes	2	9,52
Carcinomes adénoïdes kystiques	3	14,29
Carcinomes épidermoïdes	4	19,05
Carcinomes indifférenciés	8	38,10
Adénocarcinomes	2	9,52
Lymphomes malins		
Lymphome malin centrocitique		
Centroblastique	1	4,76
Total	21	100

3-1-1 Les tumeurs épithéliales malignes

Elles sont de loin les plus fréquentes des tumeurs malignes des glandes salivaires. Elles représentent 21,5% des tumeurs des glandes salivaires. Les 20 cas colligés sont réparties suivant la classification de l'OMS comme suit :

- 8 carcinomes indifférenciés,
- 4 carcinomes épidermoïdes,
- 3 carcinomes adénoïdes kystiques,
- 2 carcinomes mucoépidermoïdes,

2 adénocarcinomes

1 carcinome à cellules acineuses.

3-1-1-1 Les carcinomes indifférenciés

Nous avons colligé au total 8 cas. Ils prédominent dans les tumeurs épithéliales malignes des glandes salivaires.

3-1-1-1-1 Aspects épidémiologiques

Les carcinomes indifférenciés avec 8 cas représentent 10,95% de l'ensemble des tumeurs des glandes salivaires. Sur les 8 carcinomes colligés 5 sont survenus sur un adénome pléomorphe préexistant.

L'âge moyen était de 54,12 ans avec des extrêmes de 17 et 65 ans.

On retrouvait 4 patients de sexe masculin et 3 de sexe féminin. Le sexe n'était pas précisé dans 1 cas.

3-1-1-1-2 Aspects cliniques

La tuméfaction était le principal motif de consultation. On notait un cas de tuméfaction douloureuse parotidienne.

Le délai de consultation a été précisée dans 2 cas. Il était de 7 mois et de 2 ans.

Tous étaient des cas de carcinomes sur adénome pléomorphe.

La taille de la tumeur avait été précisée dans 3 cas de tumeur parotidienne. Ces tailles étaient de 8 cm , 10 cm et 13 cm pour le grand axe.

3-1-1-2 Les carcinomes épidermoïdes

Nous avons colligé au total 4 cas de carcinomes épidermoïdes représentant 4,3 % de l'ensemble des tumeurs des glandes salivaires.

L'âge des patients était précisé dans 3 cas. Il s'agissait d'un patient de 57 ans et de 2 patients de 62 ans.

Tous les patients étaient de sexe masculin.

On retrouvait un cas de tumeur sous linguale, un cas de tumeur parotidienne droite ulcérée associée à une paralysie faciale périphérique droite, un cas de tumeur palatine ulcéronécrotique et un cas de tumeur sous maxillaire.

Sur le plan des caractéristiques histologiques, on identifiait :

- deux (2) carcinomes épidermoïdes moyennement différenciés,
- un carcinome épidermoïde différencié mature et infiltrant,
- un carcinome épidermoïde peu différencié.

3-1-1-3 Les carcinomes adénoïdes kystiques

Trois (03) cas de carcinome adénoïde kystique ont été colligés représentant 3,23% des tumeurs des glandes salivaires. On retrouvait un patient de 31 ans et un de 60 ans. L'âge n'était pas précisé dans un cas.

Nous avons retrouvé 2 cas de sexe féminin et 1 cas de sexe masculin.

Les localisations parotidiennes prédominaient avec 2 cas et étaient suivies d'un cas de localisation palatine.

Le délai de consultation a été précisé dans seulement un cas et était de 4 ans.

La taille de la tumeur était précisée dans 2 cas. Elle était de 5 cm à 6 cm pour le grand axe.

3-1-1-4 Les carcinomes mucoépidermoïdes.

Nous avons colligé 2 cas qui représentaient 2,1% des tumeurs des glandes salivaires. Le premier cas concernait un patient de 48 ans de sexe masculin qui présentait un carcinome mucoépidermoïde du palais.

Le deuxième concernait un patient de 73 ans de sexe masculin qui présentait un carcinome mucoépidermoïde bourgeonnant du palais.

3-1-1-5 Les adénocarcinomes.

Deux (02) cas d'adénocarcinomes ont été colligés représentant 2,1% des tumeurs des glandes salivaires.

Le premier concernait un patient de 51 ans de sexe masculin qui présentait une tuméfaction de siège parotidien de 4 cm pour le grand axe et évoluant depuis 1 an. L'examen anatomo-pathologique a identifié un adénocarcinome différencié de la parotide.

Le deuxième concernait une patiente de 35 ans qui présentait une tuméfaction de siège sous maxillaire. L'examen anatomo-pathologique a identifié un adénocarcinome indifférencié de la glande sous maxillaire.

3-1-1-6 Les carcinomes à cellules acineuses.

Un (01) cas a été observé représentant 1,07% des tumeurs des glandes salivaires. Il s'agissait d'un patient de 22 ans de sexe masculin qui a présenté une tuméfaction siégeant au niveau du palais ayant bénéficié d'une biopsie. L'examen anatomo-pathologique a identifié un carcinome à cellules acineuses.

3-1-2 Le lymphome malin

Un (01) cas de lymphome a été colligé représentant 1,07% des tumeurs des glandes salivaires. Il s'agissait d'un patient de 62 ans, cultivateur, de sexe masculin qui présentait une tumeur localisée au niveau de la glande sous maxillaire et parotidienne gauches évoluant depuis un an. Il s'agissait d'une tumeur volumineuse de 10 cm pour le grand axe, accompagnée

d'adénopathie sous mentale gauche et sous digastrique. On notait une altération de l'état général du patient.

Sur le plan histologique il s'agissait d'un lymphome malin centrocitique, centroblastique.

Le traitement a consisté en une sous maxillectomie associée à une parotidectomie partielle emportant le pôle inférieur et à un curage ganglionnaire.

En post-opéré le traitement était composé d'antibiotiques, d'anti-inflammatoires et de produits hémostatiques.

3-2 Les tumeurs bénignes

Quatre (04) grands groupes histologiques ont été recensés :

Les adénomes avec 63 cas représentent 87,5% des tumeurs bénignes des glandes salivaires colligées,

les fibromes avec 4 cas soit 5,5%,

les angiomes 3 cas soit 4,2 % ,

les lipomes 2 cas soit 2,8 % .

Tableau IX : Distribution des tumeurs bénignes selon le type histologique.

Type histologique	Effectif observé	Pourcentage
Adénomes		
Adénomes pléomorphes	59	81,9
Adénomes à cellules basales	2	2,8
Adénome oxyphile	1	1,4
Adénome tubulaire simple	1	1,4
Fibromes		
Angiofibrome	1	1,4
Fibromes atypiques	3	4,1
Angiomes		
Angiomes caverneux	2	2,8
Lymphangiome	1	1,4
Lipomes	2	2,8
Total	72	100

3-2-1 Les adénomes

Nous avons colligé 63 adénomes qui se répartissent en :

les adénomes pléomorphes sont les plus fréquents avec 59 cas soit 81,9 %,

les adénomes à cellules basales avec 2 cas soit 2,8%,

l'adénome oxyphile avec 1 cas soit 1,4%,

l'adénome tubulaire simple avec 1 cas soit 1,4%.

3-2-1-1 Aspects épidémiologiques des adénomes

3-2-1-1-1 Fréquence

Soixante trois (63) cas d'adénomes ont été colligés sur un ensemble de 72 tumeurs bénignes. Les adénomes ont représenté 87,5% des cas.

3-2-1-1-2 Répartition selon l'âge

Sur les 63 cas d'adénomes colligés 53 provenaient de patients dont l'âge avait été précisé. Ainsi nous observons une moyenne d'âge de 34,09 ans avec des extrêmes de 18 et 70 ans.

3-2-1-1-3 Répartition selon le sexe

La prédominance féminine était nette avec 38 cas soit 60,32% de l'ensemble des adénomes. Le sexe masculin représentait 25 cas soit 39,68%.

3-2-1-2 Aspects cliniques

3-2-1-2-1 Motif de consultation

La tuméfaction était le principal motif de consultation. On observe un cas de paresthésie pharyngée chez qui l'examen a retrouvé une tumeur palatine.

3-2-1-2-2 Répartition selon le délai de consultation

Le délai de consultation a été précisé chez 11 malades. Le délai moyen de consultation était de 2 ans 10 mois avec des extrêmes de 10 mois et 8 ans.

3-2-1-2-3 Répartition selon la localisation

On note une prédominance de la localisation parotidienne avec 39 cas soit 61,90% des cas suivie des localisations sous maxillaires avec 22 cas soit 34,92% et enfin les localisations palatines avec 2 cas soit 3,18%.

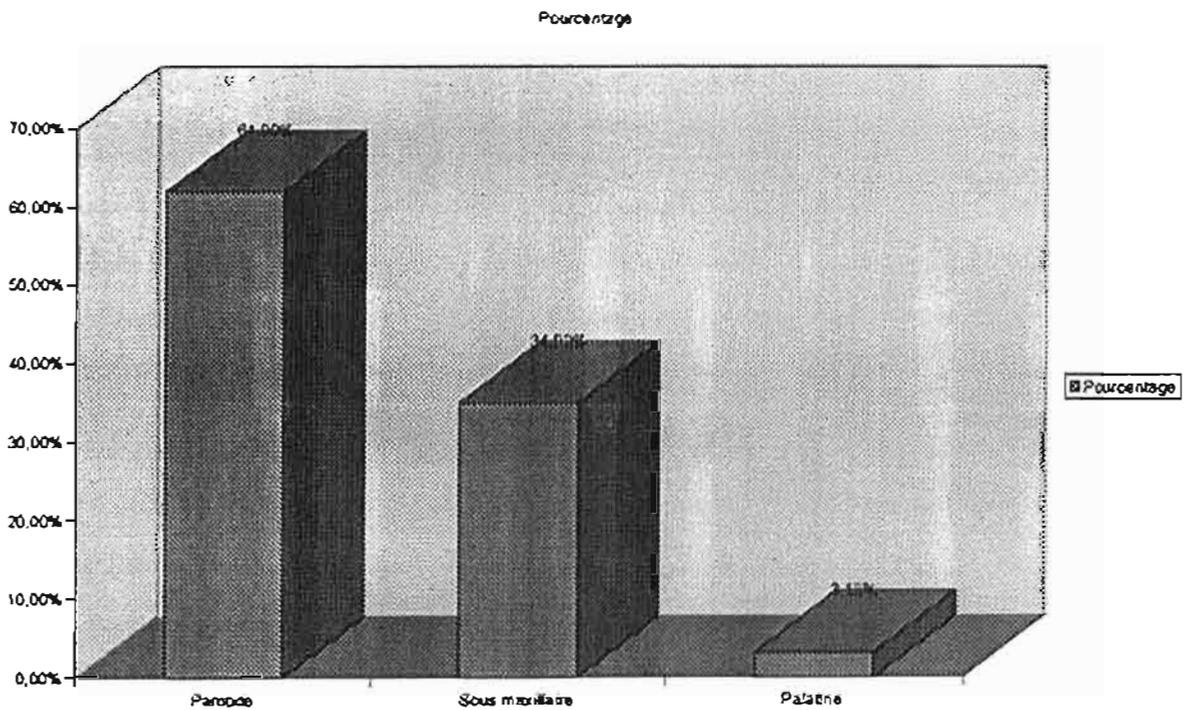


Figure n° 4 : Répartition des adénomes selon la localisation.

3-2-1-2-4 Répartition selon la taille de la tumeur

Sur les 63 adénomes colligés la taille de la tumeur avait été précisée dans 10 cas. La taille moyenne était de 4,7 cm pour le grand axe avec des extrêmes de 2 cm et 12 cm.

3-2-1-3 Les différents types histologiques

3-2-1-3-1 Les adénomes pléomorphes

3-2-1-3-1-1 Les aspects épidémiologiques

Cinquante neuf (59) cas ont été colligés sur un total de 63 adénomes. Les adénomes pléomorphes représentent 81,9 % des tumeurs bénignes.

L'âge avait été précisé dans 51 cas. Ainsi nous avons une moyenne d'âge de 33,66 ans avec des extrêmes de 18 et 70 ans.

Le sexe féminin était le plus représenté. Nous avons recensé 35 femmes et 24 hommes. Le sex-ratio était de 1,45.

3-2-1-3-1-2 Aspects cliniques

Le motif de consultation et le délai de consultation sont superposables à ceux de l'ensemble des adénomes. Selon le siège 36 localisations parotidiennes soit 61,01% des cas, 22 localisations sous maxillaires soit 37,28% des cas et 1 localisation palatine soit 1,70% des cas ont été enregistrés.

3-2-1-3-2 Adénome oxyphile

L'adénome oxyphile représentait 1,4 % des tumeurs bénignes des glandes salivaires. Il a été retrouvé chez un patient d'âge non précisé de sexe masculin qui a présenté un kyste parotidien de consistance

molle. Les autres aspects cliniques n'ont pas été précisés de même que la nature du traitement et les suites opératoires.

3-2-1-3-3 Adénomes à cellules basales.

Deux (02) cas ont été colligés. Les adénomes à cellules basales représentaient 2,8 % des tumeurs bénignes des glandes salivaires. Le premier cas était rencontré chez une patiente de 22 ans qui a présenté une tumeur sous maxillaire évoluant depuis 3 ans. Le traitement a consisté en une sous maxillectomie. Les suites opératoires ont été simples.

Le deuxième cas était une patiente de 40 ans qui a présenté une tumeur parotidienne. La durée d'évolution, les autres aspects cliniques, de même que la nature du traitement et les suites opératoires n'ont pas été précisés.

3-2-1-3-4 L'adénome tubulaire simple.

Il a représenté 1,4% des tumeurs bénignes dans l'étude. Il a été rencontré chez une patiente de 28 ans qui a présenté une tumeur de siège parotidien. La durée d'évolution, les autres aspects cliniques, la nature du traitement et les suites opératoires n'ont pas été précisés.

3-2-2 Les fibromes

3-2-2-1 Les Aspects épidémiologiques

Quatre (04) cas de fibrome ont été colligés soit 5,5 % de l'ensemble des tumeurs bénignes des glandes salivaires. Un cas d'angiofibrome (1,4% des cas) et 3 cas de fibrome atypique (4,1% des cas) ont été enregistrés.

Il s'agissait de patients âgés de 17 ans, de 24 ans et de 27 ans pour deux autres.

On retrouvait 3 hommes et une femme.

3-2-2-2 Les Aspects cliniques

La tuméfaction simple était le principal motif de consultation. Le délai de consultation était de 3 ans et concernait un cas de tumeur parotidienne.

On notait 3 localisations parotidiennes et une localisation sous maxillaire.

3-2-3 Les Angiomes

3-2-3-1 Les Aspects Épidémiologiques

Trois (03) cas ont été colligés représentant 4,1 % des tumeurs bénignes : les angiomes caverneux avec 2 cas soit 2,7 % et le lymphangiome avec 1 cas soit 1,4 %.

L'âge avait été précisé dans 2 cas. Il s'agissait de patients de 10 ans pour l'un et de 41 ans pour l'autre.

Le sexe féminin prédominait (2 cas) par rapport au sexe masculin(1 cas).

3-2-3-2 Les Aspects cliniques

La tuméfaction était le principal motif de consultation.

Le délai de consultation était de 8 ans dans 1 cas. Il s'agissait d'une tuméfaction parotidienne évoluant depuis la naissance.

La parotide et la sous maxillaire étaient le siège d'élection.

3-2-4 Les Lipomes

Les deux (02) cas de lipomes des glandes salivaires recensés représentaient 2,8 % des tumeurs bénignes des glandes salivaires.

Le premier cas concerne une patiente d'âge non précisé, ayant consulté pour une tuméfaction parotidienne évoluant depuis 4 ans.

Le deuxième est une patiente de 53 ans ayant consulté pour tuméfaction sous maxillaire. La durée d'évolution n'a pas été précisée.

Le traitement a consisté en une parotidectomie exofaciale et en une sous maxillectomie.

Les suites opératoires n'ont pas été précisées.

4 - Aspects thérapeutiques

4 - 1 Traitement chirurgical

Le protocole opératoire était précisé chez 40 patients.

Nous avons enregistré 13 cas de parotidectomie exofaciale et 11 cas de parotidectomie totale conservatrice du nerfs facial (VII); 13 cas de sous maxillectomie et 3 cas d'exérèse chirurgicale des tumeurs des glandes palatines.

4 -2 Traitement médical post opératoire

La nature du traitement médical a été précisée chez 38 patients et a consisté en une association systématique d'antibiotiques et d'anti-inflammatoire. Les antimittotiques ont été associés dans un cas.

4 - 3 Les suites opératoires

Les suites opératoires ont été précisées dans 12 cas. Elles ont été simples dans 11 cas, c'est-à-dire qu'il n'a pas été observé de complication post opératoire. Dans un cas on a noté une parésie faciale droite après parotidectomie droite totale conservatrice du VII.

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

DISCUSSION

I - Les limites de notre étude

Le nombre et la qualité des dossiers cliniques retrouvés ont constitué un tant soit peu une limite:

- sur les 93 tumeurs des glandes salivaires colligées , seulement 48 dossiers cliniques ont été retrouvés,
- il y a eu la disparition des registres du protocole opératoire de 1983 à 1993 ,
- le caractère succinct des dossiers cliniques qui sont souvent résumés en une phrase, ne nous a pas permis d'étudier de façon convenable tous les items (histoire de la maladie, caractéristiques cliniques de la tumeur, type d'interventions, de même que les suites opératoires).

Il faut cependant noter que l'existence des fiches de consultation dans le service d'ORL, des fiches de demande d'examen histopathologique dans le service d'anatomie et de cytologie pathologiques sur lesquelles, l'identité, l'âge, le sexe, l'indication opératoire, le type d'intervention sont souvent mentionnés nous ont permis de minimiser un tant soit peu ces limites. Ceci met bien en évidence les grandes difficultés de mener des enquêtes rétrospectives et d'appréhender ainsi la part qu'occupe la pathologie tumorale salivaire dans notre pratique. Ceci est surtout aggravé par le fait que :

- les malades consultent très tardivement, et le plus souvent lors d'une complication de leurs pathologies,
- les malades consultent volontiers chez les tradipratitiens,
- les archives sont très mal conservées,
- les perdus de vue de certains patients après traitement rendent difficile l'évaluation de la thérapeutique.

II- Discussion

1 - Aspects épidémiologiques

1-1 Fréquence des tumeurs des glandes salivaires

La pathologie tumorale des glandes salivaires est dominée dans notre série par les tumeurs bénignes qui représentent 77,42%, suivies des tumeurs malignes avec 22,58% des cas. Nos résultats sont en accord avec ceux d'autres auteurs africains ayant fait des études sur la pathologie tumorale des glandes salivaires [12, 18, 51]. En effet Ouoba K. et coll. [51] dans une étude portant sur 48 cas opérés de tumeurs des glandes salivaires trouvent une nette prédominance des tumeurs bénignes qui représentent 83,3 % et 16,7% pour les tumeurs malignes. Il en est de même pour Chidzonga M.M. et Diop E. qui trouvent tous une prédominance des tumeurs bénignes.

Fontanel JP. [22] trouve que les trois quarts des tumeurs des glandes salivaires sont bénignes.

1-2 L'âge

Nous avons retrouvé une moyenne d'âge relativement jeune pour les tumeurs bénignes, de 34,05 ans avec des extrêmes de 10 et 70 ans, et une moyenne d'âge de 52,42 ans pour les tumeurs malignes avec des extrêmes de 17 et 73 ans. Nos résultats sont comparables à ceux de Fontanel JP. [22] qui trouve que pour une localisation glandulaire donnée, l'âge moyen des patients porteurs de tumeurs des glandes salivaires est plus élevé pour les carcinomes que pour les adénomes.

La moyenne d'âge de 52,42 ans pour les tumeurs malignes se situe dans la tranche d'âge de prédilection du cancer au Burkina . En effet Andonaba JB. [3]

dans une étude sur les tumeurs malignes au Burkina trouve que la tranche d'âge de 45 à 65 ans est la plus touchée par le cancer et regroupe 40,05% des effectifs.

La moyenne d'âge par glande était de 54,38 ans pour les tumeurs malignes de la parotide et de 50,67 ans pour les tumeurs malignes de la glande sous maxillaire. Nos résultats sont voisins de ceux de Hamoir [30] qui trouve une moyenne de 48 ans pour les tumeurs de la glande sous maxillaire. Dans son étude, aucune tumeur maligne n'a été observée en dessous de l'âge de 25 ans et près de 65% des tumeurs malignes sont rencontrées après l'âge de 45 ans.

Quant aux tumeurs malignes des glandes salivaires accessoires, la moyenne d'âge était de 48,33 ans pour les tumeurs des glandes salivaires palatines et l'unique patient porteur d'une tumeur sous linguale était âgé de 57 ans. Nos résultats sont en accord avec ceux de Fontanel JP. et coll. [22] qui trouvent que les tumeurs des glandes salivaires accessoires surviennent en moyenne entre l'âge de 50 et 60 ans.

La moyenne d'âge de 34,05 ans pour les tumeurs bénignes est nettement en dessous de la moyenne observée dans la littérature [18, 22, 61].

L'âge moyen de nos patients, aussi bien pour les tumeurs bénignes que pour les tumeurs malignes, est relativement plus bas que dans les autres continents. La moyenne d'âge pour le cancer au Burkina est de 42 ans contre 65 ans en Europe [3]. L'âge jeune de nos patients pourrait s'expliquer par la situation démographique générale du Burkina constituée essentiellement d'une population jeune, par le fait que les sujets du troisième âge consultent difficilement les services de santé et d'autre part par l'espérance de vie relativement faible en Afrique [3].

1-3 Le sexe

Nous avons retrouvé une prédominance masculine chez les patients porteurs de tumeurs malignes tout siège confondu (12 hommes et 8 femmes). Ceci pourrait être dû à la classique prédominance masculine en matière de fréquentation hospitalière. Quand à la répartition par siège on note une

prédominance féminine pour les tumeurs de la parotide soit 6 femmes et 3 hommes, confirmant ainsi les données de certains auteurs [19, 22, 51, 65].

Pour les autres sièges notamment sous maxillaire, sous linguale, glandes palatines, la prédominance masculine est nette.

Nous avons par contre observé une prédominance féminine pour les tumeurs bénignes de 59,72 % contre 40,28 % des cas chez les hommes. La prédominance féminine des tumeurs bénignes des glandes salivaires est retrouvée souvent dans la littérature [12, 18, 22, 30, 35, 45, 51]. En effet Ouoba et coll. [51] sur une série de 48 cas opérés trouvent 28 femmes et 20 hommes, Markucki et coll. [45] trouvent également cette prédominance féminine avec 40 femmes et 34 hommes. Il en est de même pour Patel N. [52], Wazni A. [65] qui trouvent tous une prédominance féminine.

1-4 L'ethnie

Nous avons observé une prédominance de l'ethnie Moagha avec 68,6% des cas. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que près de 90% de nos cas proviennent de Ouagadougou, ville située au cœur du plateau Mossi dont les mossés représentent plus de 80% de la population [33].

2 - Les aspects cliniques

2-1 Motif de consultation, délai de consultation.

La tuméfaction simple a été le principal motif de consultation et a représenté 89,6% de l'ensemble des motifs. Cette simple tuméfaction souvent qualifiée de « bouton » par les malades a une évolution lente. Elle évolue le plus souvent sur plusieurs années sans aucune gêne pour le malade qui finit toujours par s'en accommoder. C'est lorsqu'il y a une poussée évolutive, en l'occurrence une augmentation de volume ou une apparition de phénomènes douloureux,

d'ulcérations ou d'une paralysie faciale que le malade se décide à consulter. Ce qui explique le long délai de consultation souvent observé. Dans notre série le délai moyen de consultation pour les tumeurs malignes était de 1 an 8 mois avec des extrêmes de 7 mois et 4 ans. Bourguignat et coll. [7] trouvaient un délai moyen de 4,5 ans nettement au delà du nôtre.

Le délai moyen de consultation pour les tumeurs bénignes dans notre série était de 3 ans 5 mois avec des extrêmes de 10 mois et 8 ans. Diop M. [19] au Sénégal trouve une moyenne de 7 ans avec des extrêmes de 4 mois et 25 ans.

Les pesanteurs socioculturelles font que les patients consultent le plus souvent chez les tradipraticiens avant de venir à l'hôpital; ceci pourrait expliquer également l'origine du long délai de consultation.

2-2 Les localisations

L'atteinte des glandes salivaires principales prédomine dans la pathologie tumorale des glandes salivaires. Les tumeurs parotidiennes représentent dans notre série 55,91%, suivies des tumeurs de la sous maxillaire 32,26% des cas. Ouoba et coll. [51] trouvent successivement 67,7% et 20,8% dans leur série. Nos résultats corroborent ceux de Goudot et coll. [28] qui remarquent la nette prédominance des tumeurs parotidiennes avec 57,1% des cas dans leur série.

Hamoir M. et coll. [30] trouvent que les tumeurs des glandes sous maxillaires ne représentent que 10% des tumeurs salivaires.

Quant aux tumeurs des glandes salivaires accessoires elles sont dominées par les tumeurs des glandes salivaires palatines qui représentent dans notre étude 8,6% de l'ensemble des tumeurs des glandes salivaires colligées. La prédominance de la localisation palatine des tumeurs des glandes salivaires accessoires est affirmée par plusieurs auteurs [1, 8] et ceci pourrait s'expliquer par le fait que le palais réunit plus de 50% des glandes salivaires accessoires.

2-3 La taille de la tumeur.

Nous avons observé une taille moyenne de 6,05 cm avec des extrêmes de 2 et 13 cm pour le grand axe. Nos résultats sont voisins de ceux de Diop M. [19] qui dans sa série, trouve que la plus grosse tumeur mesurait 10 cm pour le grand axe. Pour Wazni [65] le volume de la tumeur n'aurait aucun rapport avec sa nature histologique, les tumeurs malignes sont aussi bien petites que volumineuses. En effet dans notre série nous avons observé une tumeur maligne de 4 cm pour le grand axe.

3- Les aspects anatomo-pathologiques

3-1 Les tumeurs malignes

Les carcinomes constituent le groupe anatomo-pathologique le plus fréquent des tumeurs malignes des glandes salivaires. Dans notre série, ils représentent 95,2% des cas et constituent 21,5% des tumeurs des glandes salivaires. Nos résultats corroborent ceux de certains auteurs. Cependant nos nombres sont supérieurs. En effet Ouoba et coll. [51] trouvent que les carcinomes représentaient 16,7% des tumeurs des glandes salivaires. Goudot et coll. [28] ainsi que Spiro [61] trouvent respectivement 18% pour chaque série. Nous avons colligé un cas de lymphome malin. Ceci est en rapport avec la rareté de ce type histologique au niveau des glandes salivaires. En effet Ouoba K. [51], Goudot [28], Fontanel JP. [22] n'en font pas cas dans leurs différentes séries.

3-1-1 Les carcinomes

Nous avons colligé 20 tumeurs malignes épithéliales ou carcinomes qui représentent 95,2 % des tumeurs malignes et 21,5 % des tumeurs des glandes salivaires. Les carcinomes ont été répartis suivant la classification établie par Thakray en 1972 sous l'égide de l'OMS, revue en 1990 [59]. Les

carcinomes indifférenciés viennent au premier rang avec 8 cas soit 10,95 % des tumeurs des glandes salivaires suivis des épidermoïdes 4 cas soit 4,3 %, des carcinomes adénoïdes kystiques 3 cas 3,23 %, des carcinomes mucoépidermoïdes et des adénocarcinomes avec 2 cas chacun soit 2,1 % et enfin un cas de carcinome à cellules acineuses soit 1,07 % .

3-1-1-1 Les carcinomes indifférenciés

Les carcinomes indifférenciés avec 8 cas colligés prédominent dans notre série et représentent 10,95 % de l'ensemble des tumeurs malignes épithéliales. Sur ces 8 cas, 5 se sont développés sur un adénome pléomorphe préexistant. La fréquence des transformations malignes des adénomes pléomorphes varie selon les auteurs. Lacomme Y. [35] dans sa série trouvait que 10 % des carcinomes indifférenciés sont survenus sur un adénome pléomorphe. Le risque de transformation maligne est d'autant plus grand que l'adénome évolue depuis longtemps. [22]. Leroux J. [40] trouve qu'un tiers des carcinomes indifférenciés se développe sur un adénome pléomorphe ayant une longue période d'évolution.

3-1-1-2 Les carcinomes épidermoïdes

Dans notre série les carcinomes épidermoïdes représentent 4,3% de l'ensemble des tumeurs des glandes salivaires. Nos résultats sont inférieurs à ceux de Spiro [61] qui trouve 7 % dans sa série. L'un de nos patients était âgé de 57 ans et les deux autres avaient 62 ans chacun. Gorguet [26] affirme que le carcinome épidermoïde est une tumeur du sujet âgé et atteint surtout la glande sous maxillaire. Dans notre série, aucune atteinte sous maxillaire n'a été rencontrée chez les personnes âgées. Nos localisations étaient sous linguales, parotidiennes et palatines. Makeieff et coll. [44] trouvent que le

carcinome épidermoïde de la parotide est rare avec une incidence de 0,5 à 8,9% de toutes les tumeurs de la parotide.

3-1-1-3 Les carcinomes adénoïdes kystiques

Les carcinomes adénoïdes kystiques avec 3 cas représentent 3,23 % des tumeurs des glandes salivaires dans notre série. Nos résultats sont inférieurs à ceux d'autres auteurs africains. En effet, Chidzonga [12] au Zimbabwe trouve dans sa série que le carcinome adénoïde kystique venait au premier rang des tumeurs malignes avec 7,4 %; Ouoba et coll. [51] trouvaient 11% de carcinomes adénoïdes kystiques au niveau de la parotide et des glandes salivaires accessoires et 22 % au niveau de la glande sous maxillaire. Nos résultats sont également inférieurs à ceux d'autres auteurs français et américains [7, 15, 44, 62] .

Nos résultats sont par contre semblables à ceux de Spiro [61], qui trouve que les carcinomes adénoïdes kystiques représentent 3 % des tumeurs salivaires.

L'âge de nos patients était respectivement de 31 ans et de 60 ans. Nos résultats se rapprochent de ceux de Bourguignat. [7] qui trouve une moyenne d'âge de 55,5 ans, Lallemand et coll. [36] trouvent une moyenne d'âge de 58,7 ans avec des extrêmes de 28 et 88 ans .

Nous avons retrouvé dans notre étude 2 cas de sexe féminin et un cas de sexe masculin. La prédominance féminine est également observée par Bourguignat [7] qui dans sa série retrouve 5 femmes et 2 hommes, Lallemand et coll. [36] trouvent également cette prédominance féminine avec 19 femmes et 9 hommes.

Les localisations parotidiennes viennent en tête avec 2 cas suivis d'un cas de localisation palatine. Nos résultats sont différents de ceux de la littérature. En effet les carcinomes adénoïdes kystiques siègent de façon prédominante au niveau des glandes salivaires accessoires avec une fréquence de l'ordre de 70% [15]. Les glandes salivaires principales représentent le tiers des localisations des

carcinomes adénoïdes kystiques [15]. Les carcinomes adénoïdes kystiques ne représentent que 2 à 4% des tumeurs de la parotide [44].

Le délai de consultation précisé dans un seul cas était de 4 ans. Coustal [15] trouve un délai moyen de 7 ans 6 mois avec des extrêmes de 1 et 16 ans, Lallemant, lui trouve un délai moyen de 1 an avec des extrêmes de 2 mois et 9 ans.

3-1-1-4 Les carcinomes mucoépidermoïdes

Deux cas ont été colligés soit 2,1 % des tumeurs des glandes salivaires dans notre série. Nos patients étaient tous de sexe masculin et âgés de 48 ans et de 73 ans et présentaient tous un carcinome mucoépidermoïde du palais. Nos résultats sont différents de ceux de Ouoba [51] qui trouvait une localisation préférentielle au niveau de la parotide. Spiro [61] trouve que les carcinomes mucoépidermoïdes sont les tumeurs malignes les plus fréquentes de la parotide. Elles représentent 5 % des tumeurs salivaires dans sa série. Hamoir M. [31] trouve que le carcinome mucoépidermoïde représente 5% des tumeurs de la parotide et 20% des tumeurs parotidiennes malignes.

Nos résultats sont également différents de ceux de Fontanel JP. [22] qui trouve une plus grande fréquence entre 20 et 60 ans, avec une atteinte des 2 sexes dans des proportions à peu près égales. Hamoir M. [31] trouve un âge moyen de 45 ans avec des extrêmes de 19 et 53 ans avec une atteinte des deux sexes dans des proportions égales (3 hommes et 3 femmes), alors que nos 2 patients étaient tous masculins et âgés respectivement de 48 ans et 73 ans. La faiblesse de notre effectif d'étude pourrait être à l'origine de la différence observée .

3-1-1-5 Les adénocarcinomes

Deux adénocarcinomes ont été colligés soit 2,1 % des tumeurs des glandes salivaires dans notre série. Il s'agissait d'un patient de 51

ans et d'une patiente de 35 ans. Fontanel JP. [22] trouve que les adénocarcinomes sont particulièrement rencontrés chez l'enfant et le vieillard avec une fréquence plus élevée des localisations parotidiennes et sous maxillaires. Dans notre série nous n'avons rencontré aucun cas d'adénocarcinome chez l'enfant ni chez le vieillard.

Par contre les localisations observées sont parotidiennes et sous maxillaires .

3-1-1-6 Les carcinomes à cellules acineuses

Un cas de carcinomes à cellules acineuses a été colligé représentant 1,07 % des tumeurs des glandes salivaires dans notre série. Nos résultats sont similaires à ceux de Trotoux [63] qui trouve dans son étude que les tumeurs à cellules acineuses représentent 1 % des tumeurs salivaires. Nos résultats sont par contre différents de ceux de Makeieff M. [44] qui trouve que les carcinomes à cellules acineuses représentent 12% des tumeurs malignes.

Notre patient avait 22 ans et présentait un carcinome à cellules acineuses des glandes salivaires palatines. Nos résultats sont semblables à ceux de Cudia [16] sur le plan de l'âge et du sexe, mais différent sur le plan de la localisation. En effet, il trouve un cas de carcinome à cellules acineuses chez un sujet de 29 ans de sexe masculin, localisé au niveau du trigone rétro-molaire droite. Makeieff M. [44] trouve que les carcinomes à cellules acineuses représentent 4,5% des tumeurs de la parotide.

Hiratsuka H., Inoue T., Saito K., Sato S. cités par Cudia [16], affirment cependant que les glandes salivaires accessoires sont atteintes de façon préférentielle au palais. Signalons que le carcinome à cellules acineuses est rare et peu rapporté dans la littérature.

3-1-2 Les lymphomes malins

Un cas de lymphome malin a été colligé soit 1,07 % des tumeurs des glandes salivaires dans notre série. Il s'agissait d'un sujet de sexe masculin de 62 ans qui présentait un lymphome malin de la glande sous maxillaire et parotidienne gauches. Les lymphomes malins des glandes salivaires sont pour la plupart des lymphomes non hodgkinien [37]. Il s'agit le plus souvent de proliférations malignes développées à partir des tissus lymphoïdes ganglionnaires ou extra ganglionnaires notamment intra parotidien.

3-2 Les tumeurs bénignes

3-2-1 Les tumeurs épithéliales bénignes

3-2-1-1 L'adénome pléomorphe

3-2-1-1-1 Aspects épidémiologiques

Cinquante neuf cas d'adénomes pléomorphes ont été colligés représentant ainsi 81,9 % des tumeurs bénignes dans notre série. Les adénomes pléomorphes représentent les tumeurs épithéliales bénignes les plus fréquentes. Cette constatation est partagée par beaucoup d'autres auteurs africains. Chidzonga [12] au Zimbabwe, Diop E. [18] au Sénégal, Ouoba K. [51] au Burkina trouvent respectivement 88,2 % , 78,7 % et 62,5 %.

L'âge moyen était de 33,66 ans avec des extrêmes de 10 et 70 ans dans notre série. Notre moyenne d'âge est inférieure à celle de Fontanel JP. [22] qui trouve que l'âge moyen de survenue de l'adénome pléomorphe dans sa série est de 43 ans. Diop M. [19] trouve également un âge moyen de 43 ans dans sa série avec une prédominance de la tranche d'âge de 20 à 29 ans, Loche V. [42] trouve un âge moyen de 41,3 ans. La relative jeunesse de nos patients pourrait s'expliquer par le fait que dans nos régions les sujets du troisième âge consultent

difficilement les formations sanitaires. Ils s'en remettent volontiers à la tradithérapie et à la volonté de Dieu.

Le sexe féminin était le plus représenté. Nous avons observé 35 cas de sexe féminin et 24 de sexe masculin. Le sex-ratio calculé donne 1,45. Ces données sont classiques. Plusieurs auteurs affirment dans leurs études cette nette prédominance féminine. Fontanel JP. [22] trouve une prédominance féminine dans une proportion de 4/3, Lacomme Y. [35] trouve dans sa série 10 cas de sexe féminin et 4 de sexe masculin, Loche V. [42] trouve 60,8% de femmes et 39,2% d'hommes dans sa série. Fee et Scavennec cités par Lacomme Y. [35], trouvent respectivement 18 femmes contre 8 hommes et 12 femmes contre 7 hommes ; alors que Maran cité par Lacomme Y. [35] trouve davantage d'hommes que de femmes (10 hommes et 9 femmes).

La prédominance de l'atteinte du sexe féminin est nette, surtout dans les cas de tumeurs bénignes .

3-2-1-1-2 Les aspects cliniques

Les localisations tumorales

Les localisations des adénomes sont essentiellement parotidiennes et sous maxillaires. En effet on note une nette prédominance des localisations au niveau des glandes salivaires principales avec 61,01 % pour les localisations parotidiennes et 37,29 % pour les localisations sous maxillaires. Nos résultats sont comparables à ceux d'autres auteurs. Markucki S. [45] trouve dans sa série 77,2 % d'adénomes parotidiens contre seulement 4% d'adénomes sous maxillaires. Fontanel JP. [22] trouve également une prédominance parotidienne avec 65 % des cas et 10 % d'adénomes sous maxillaires. Diop M. [19] dans sa série trouve que les localisations parotidiennes représentent 42,3 % de l'ensemble des localisations. Redon et Duplessis au cap cités par Diop M. [19] trouve respectivement 67 % et 90,3 % de localisations parotidiennes.

La parotide est le siège d'élection des adénomes pléomorphes et les adénomes pléomorphes sont les plus fréquentes des tumeurs parotidiennes [19].

Les localisations sous maxillaires viennent au second rang des localisations dans notre série. Ce constat est partagé par Diop M. [19] qui trouve 19,2 %, Reynaud J cité par Diop M. [19] trouve 16 %.

Dans notre série les localisations palatines (1,70% des cas) constituent le siège d'élection des adénomes pléomorphes des glandes salivaires accessoires. Les résultats de Diop M. corroborent les nôtres. En effet sur 51 adénomes pléomorphes colligés, les localisations palatines représentent 1,9 % de l'ensemble des localisations .

3-2-1-2 Les autres adénomes

3-2-1-2-1 Les adénomes à cellules basales

Deux cas soit 2,8 % des tumeurs bénignes ont été colligés. Les adénomes à cellules basales appartiennent au groupe des adénomes salivaires monomorphes qui sont plus rares que l'adénome pléomorphe. Nos résultats sont semblables à ceux de Chomette G. et coll. [13] qui, dans leur série trouvent 3 % d'adénomes à cellules basales. Fontanel JP. [22], Dreher [20], Makeieff M. [44] trouvent respectivement 2% dans leurs différentes séries.

Nos 2 patientes présentant l'adénomes à cellules basales étaient âgés de 22 ans et de 40 ans. Cette prédominance féminine est retrouvée par Chomette G. et coll. [13] qui note des résultats différents aux nôtres sur le plan de l'âge des patients. L'âge de leurs sujets variait entre 32 ans à 87 ans avec un âge moyen de 61 ans. Makeieff M. [44] trouve que l'adénome à cellules basales se voit essentiellement après 60 ans.

Nous avons retrouvé une localisation parotidienne et une localisation sous maxillaire. Dans la série de Dreher [20] les localisations parotidiennes

prédominaient avec 70 % des cas. La prédominance des localisations parotidiennes est également affirmée par Chomette G. [13].

3-2-1-2-2 L'adénome oxyphile et tubulaire simple

Un cas d'adénome oxyphile a été colligé représentant 1,4 % des tumeurs bénignes des glandes salivaires. Fontanel JP. [22] trouve que les adénomes oxyphiles représentent 1 % des tumeurs bénignes des glandes salivaires et se rencontrent préférentiellement chez la femme âgée de plus de 55 ans. Makeieff M. [44] trouve que l'adénome oxyphile est rare et touche l'homme et la femme dans des proportions à peu près égales et est plus fréquente après 50 ans. Dans notre série, l'âge n'a pas été précisé et notre seul cas était de sexe masculin .

Un cas d'adénome tubulaire simple a été colligé soit 1,4 % des tumeurs des glandes salivaires. Les adénomes tubulaires sont rares et peu rapportés dans la littérature

3-2-2 Les tumeurs bénignes non épithéliales

3-2-2-1 Les angiomes des glandes salivaires

Trois cas ont été colligés soit 4,1 % des tumeurs bénignes des glandes salivaires dans notre série. Nos résultats sont différents de ceux de Laudenbach P [37] qui trouve que les angiomes de glandes salivaires ne font que 1 à 2 % des tumeurs salivaires. C'est une tumeur fréquente chez l'enfant car un enfant sur 10 naît porteur d'un angiome [37]. Dans la majorité des cas il s'agit de lésions congénitales dysplasiques (angiodyplasie) développées à partir d'éléments de l'unité microcirculatoire : artérioles, veinules, canal anastomotique, cul de sac lymphatique [37].

3-2-2-2 Les lipomes des glandes salivaires

Nous avons colligé 2 cas représentant 2,8 % des tumeurs des glandes salivaires. Nous avons observé un cas de siège parotidien et un cas de siège sous maxillaire. Les lipomes sont relativement fréquents dans leur siège parotidien [37]. Ils sont à distinguer d'une simple infiltration lipomateuse de la glande.

3-2-2-3 Les fibromes des glandes salivaires

Nous avons colligé 4 cas représentant dans notre série 5,5 % des tumeurs bénignes des glandes salivaires. Il s'agit de tumeurs bénignes de nature conjonctive. Les fibromes des glandes salivaires sont relativement rares et peu rapportés dans la littérature.

4 - Les aspects thérapeutiques

Le protocole opératoire a été précisé dans 40 cas. Pour les tumeurs de la parotide, nous avons observé 13 cas de parotidectomie exofaciale et 11 cas de parotidectomie totale conservatrice du nerf facial (VII). Les discussions sont encore vives entre partisans de la parotidectomie exofaciale et ceux de la parotidectomie totale conservatrice.

Conley, Skolnik , cités par Lacomme Y. [35] font remarquer la plus grande facilité de la parotidectomie exofaciale, le moindre risque d'atteinte du nerf faciale et les bons résultats obtenus grâce à cette technique.

Les tenants de la parotidectomie totale conservatrice du nerf facial s'appuient sur la notion de plurifocalité de la tumeur et du risque de laisser sur place de petits nodules au niveau du plan du nerf facial, lorsque ce nerf est au contact de la tumeur [35, 45, 51].

Le principale problème du traitement des tumeurs de la parotide en particulier celui des adénomes pléomorphes est le risque de récurrence. Si le traitement reste

sujet de discussion, les gestes limités (énucléation, parotidectomie limitée) doivent être abandonnés car responsables du taux élevé de récurrence [44]. Le taux de récurrence est de 0 à 4,7 % en cas de parotidectomie exofaciale et de 0 à 2 % en cas de parotidectomie totale conservatrice [45]. Il est néanmoins difficile de comparer ces chiffres car les séries présentées ne sont pas toutes homogènes.

La lecture des statistiques empêche l'adhésion franche à l'une ou l'autre des techniques, les récurrences se voyant aussi bien après parotidectomie exofaciale qu'après parotidectomie totale conservatrice du nerf facial. Pour Lacomme Y. [35] aucune de ces deux techniques n'a fait la preuve de sa supériorité sur l'autre à ce jour, tout est question d'école et d'habitude opératoire.

Au niveau de la glande sous maxillaire et des glandes salivaires accessoires, nous avons observé 13 sous maxillectomies et 3 exérèses chirurgicales pour les tumeurs des glandes salivaires palatines. Pour Ouoba et coll. [51], l'exérèse complète pose peu de problèmes techniques au niveau de la glande sous maxillaire et des glandes salivaires accessoires. Hamoir et coll. [30] insistent sur la nécessité d'un traitement précoce et complet des tumeurs de la glande sous maxillaire nécessitant au minimum une sous maxillectomie totale en cas de tumeur bénigne et un évidement cervical de nécessité en cas de tumeur maligne.

Les suites opératoires ont été précisées dans 12 cas. Le caractère succinct des dossiers cliniques ne nous a pas permis d'étudier convenablement cet item. Les suites ont été simples dans 11 cas, mais dans un cas nous avons observé une parésie faciale droite consécutive à une parotidectomie totale conservatrice.

Pour Lacomme Y. [35], s'agissant d'une tumeur, le plus souvent bénigne, une attitude agressive devra toujours être contrôlée par le désir de conserver au maximum les chances d'une motricité faciale normale.

La parotidectomie totale conservatrice du nerf facial n'est pas une chirurgie aisée. La découverte du tronc du nerf facial n'est pas toujours facile. Le nerf facial doit être parfaitement identifié lors de tout geste chirurgical sur la glande

parotide car il serait difficile de consoler un malade porteur d'une paralysie faciale définitive après avoir été opéré d'un « bouton » qui ne le gênait pas spécialement et dont il s'était presque accommodé. Cependant compte tenu de la notion de plurifocalité de la tumeur, mais du fait que l'examen histologique extemporané ne soit pas de pratique courante, le traitement de choix à notre avis et dans notre contexte est la parotidectomie totale conservatrice ou la plus complète possible.

CINQUIEME PARTIE : CONCLUSION

CONCLUSION

Nous avons mené une étude rétrospective sur les tumeurs des glandes salivaires sur une période de 14 ans et 9 mois (d'avril 1983 à décembre 1997) au CHN-YO.

Nous avons pour objectif d'en étudier les aspects épidémio-cliniques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques.

Nous avons colligé 93 tumeurs des glandes salivaires dont 21 tumeurs malignes et 72 tumeurs bénignes, histologiquement confirmées.

Au terme de cette étude, nous pouvons retenir que :

la pathologie tumorale des glandes salivaires est dominée par les tumeurs bénignes, qui représentaient 77,42% de l'ensemble des tumeurs des glandes salivaires colligées.

Les tumeurs malignes représentaient 22,58% de l'ensemble des tumeurs des glandes salivaires colligées.

L'âge moyen des patients porteurs de tumeurs bénignes des glandes salivaires était de 34,05 ans dans notre série ;

l'âge moyen des patients porteurs de tumeurs malignes était de 52,42 ans dans notre série.

Le sexe féminin était le plus représenté pour les tumeurs bénignes avec 59,72% de femmes et 40,28% d'hommes.

Le sexe masculin était le plus représenté pour les tumeurs malignes avec 12 cas et 8 cas de sexe féminin.

Le délai de consultation était relativement long, ce qui retardait le diagnostic. Le délai moyen était de 3 ans et 5 mois pour les tumeurs bénignes et de 1 an 8 mois pour les tumeurs malignes.

Pour les tumeurs bénignes les localisations parotidiennes prédominaient avec 59,72% des cas, suivies des sous maxillaires avec 36,11% des cas. Pour les

tumeurs malignes, la localisation parotidienne prédominait avec 42,86% , suivie de la localisation palatine avec 28,57%.

Au plan histologique, l'adénome pléomorphe était la tumeur bénigne la plus fréquente avec 81,9% des tumeurs bénignes. Les tumeurs malignes se sont caractérisées par leur grande variété histologique dont 7 types histologiques recensés.

Les moyens thérapeutiques utilisés sont essentiellement des moyens chirurgicaux : une parotidectomie exofaciale ou une parotidectomie totale conservatrice est pratiquée pour les tumeurs de la parotide. Une sous maxillectomie est réalisée pour les tumeurs de la glande sous maxillaire. Il n'existe pas de radiothérapie en pré ou post opératoire. L'utilisation de la chimiothérapie est encore rarissime et l'examen histologique extemporané n'est pas de pratique courante.

SIXIEME PARTIE : SUGGESTIONS

SUGGESTIONS

1) Pour le diagnostic des tumeurs de glandes salivaires et la prise en charge des patients, nous suggérons.

- Le renforcement des ressources humaines et matérielles du service d'anatomie et de cytologie pathologiques du CHNYO.
- La formation d'un personnel spécialisé en O.R.L., chirurgie cervicofaciale, et anatomie pathologique pour les services des différents CHR.
- Doter ces différents services d'un matériel de travail approprié dans l'optique de résoudre le problème de l'éloignement des centres de soins et celui des coûts du traitement.
- L'éducation de la population dans le sens d'une consultation précoce à l'hôpital, au moindre signe évocateur d'une tumeur.
- L'exonération totale de la prise en charge des patients atteints de cancer confirmé : subvention des antimitotiques, gratuité du séjour hospitalier etc.
- La création d'un centre national du cancer.

2) Pour la recherche opérationnelle.

- Une meilleure conservation des dossiers cliniques.
- La réalisation d'une enquête épidémiologique sur la pathologie tumorale, maligne au Burkina Faso.
- La stimulation de la collaboration entre cliniciens et anatomo-pathologistes, ce qui pourrait améliorer la qualité et l'intérêt des banques de données.

- La confection d'un registre national du cancer.

Cependant, les effets du renforcement des mesures diverses, diagnostiques, thérapeutiques resteront limités, en terme d'impact tant que les conditions socio-économiques des populations burkinabé n'auront pas connu une amélioration substantielle.

SEPTIEME PARTIE : BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

- 1 **Aguiar M.C., Dayrell C.Q., Mesquito R.A.**
Palatal mucoepidermoïd carcinoma in a child.
J.Clin.Pediatr.Dent.1998;22:347-9.
- 2 **Alvarez Alvarez I., Rodrigo Tapia J.P.**
Basal cell parotid adenoma.Report of an unusual case and review of literature.
Acta.otorinolaringol.Esp.1998;49:329-31.
- 3 **Andonaba J.B.**
Les tumeurs malignes au Burkina Faso. A propos de 990 pièces colligées de 1983 à 1990 dans le service de cytologie et d'anatomie pathologiques du CHNYO.
Th.Med./Ouagadougou,1992;1.
- 4 **Auriol M.M.,Le Charpentier Y.**
Anatomie pathologique des lésions tumorales de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires.
Encycl. Med. Chir.(Paris, France), Stomatologie,22-011-S10,1997,12p.
- 5 **Boccatto P., Altavilla G., Blandamura S.**
Fine needle aspiration biopsy of salivary gland lesions.A reappraisal of pitfalls and problems.
Acta.Cytol.1998;42:588-98.
- 6 **Bosset J.Y., Nabet J.J.,Debenjak I., Mahfouz T., Ancrì D.**
Exploration fonctionnelle scintigraphique des glandes salivaires.
Rev.Stomatol.Chir.Maxillofac. 1994;95:127-130.
- 7 **Bourguignat E., Laccoureye O., Brasnu D., Laccoureye H.**
Carcinome adénoïde kystique de la parotide.
Ann.Oto.Laryng. 1991;108:17-20.
- 8 **Brocheriou C., Crepy C., Guilbert F., Lartigau G., Payen Y., Recoing J.**
Tumeurs des glandes salivaires accessoires de la cavité buccale. Etude de 296 cas.
Bull.Cancer (Paris).1980;67:29-37.

- 9 **Buenting J.E., Smith T.L., Holmes D.K.**
Giant pleomorphic adenoma of the parotid gland: case report and review of the literature.
Ear.Nose .Throat. J.1998;77:634-40.
- 10 **Cabanne F., Bonenfant J.L.**
Anatomie pathologique: principe de pathologie générale, de pathologie spéciale et d'otopathologie.
2è édition. Paris:Maloine,1996:1449.
- 11 **Cannoni M., Pech A., Scavennec C., Zanaret M., Dessi P.**
Les récives des adénomes pléomorphes .
Revue de laryngologie. 1988;109:13-16.
- 12 **Chidzonga M.M., Perez V.M.L., Alvarez A.L.P.**
A clinicopathologic study of parotid gland tumors.
Journal of oral and maxillofacial surgery. 1994,50:1253-6.
- 13 **Chomette G., Le Charpentier Y., Karkouche B., Auriol M., Lamas.**
Adénome à cellules basales de la parotide.Etude ultrastructurale.
Rev.Stomatol.Chir.Maxillofac.1986;87:271-5.
- 14 **Christensen N.R., Charabi S., Sovensen WT., Dethloff T.,**
Benign neoplasms in the parotid gland in the country of Copenhagen
1986- 1995.
Ugeskr Laeger 1998;160:6066-9.
- 15 **Coustal B., Diop R.,Demeaux H., Michelet V.,Siberchichot F.,Pinsolle J.**
Carcinomes adénoïdes kystiques des glandes salivaires. Intérêt de la radiothérapie post opératoire.
Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 1993;94:166-9.
- 16 **Cudia G., Ficarra G.**
Carcinomes à cellules acineuses des glandes salivaires accessoires.
Rev.Stomatol.Chir.Maxillofac. 1994;95:310-12.
- 17 **Dechaume M., Laudénbach P., Bonneau M., Payen J.**
Parotidites chroniques uni ou bilatérales à poussées aigües récidivantes.
Rev.Stomatol.Paris. 1959;60:296-326.

- 18 **Diop E., Ndiaye I., Diouf R., Djonga O., Tall A., Wotto-Gaye G.**
Les tumeurs de la parotide : A propos de 80 observations.
Revue de laryngologie d'otologie et de rhinologie.1994;115:57-60.
- 19 **Diop M.**
Les tumeurs mixtes des glandes salivaires au Sénégal. Aspects cliniques
et thérapeutiques, à propos de 51 observations.
Th. Med./Dakar, 1975;17.
- 20 **Dreher A., Issing W.J.**
Basal cell adenoma of Weber's gland.
Laryngorhinootologie.1998;77:355-7.
- 21 **Ferlito A., Baldan M., Andretta M., Blandamura S., Presavento G.,
Pazza M.**
Implantation of parotid pléomorphie adenoma in the upper neck.
ORL 1991;53:165-176.
- 22 **Fontanel J.P., Poitout F., Klossek J.M.**
Tumeurs des glandes salivaires. Editions techniques.
Encycl. Med. Chir.(Paris, France), ORL 20-628-B10,1995,10p.
- 23 **Freidel M., Bouvier R., Beziat J.L., Dumas P.**
Indications de la parotidectomie.
Rev.Stomatol.Chir.Maxillofac.1982;83:18-23.
- 24 **Gaillard J., Haguenaer J.P., Pignat J.C., Gignoux B., Pignal C.,
Duclos J.C.**
Tumeurs glandulaires cervicofaciales.
Actualités de carcinologie cervicofaciale.Masson.Paris.1982;8:23-25.
- 25 **Gaillard J., Romanet P., Haguenaer J.P., Gignoux.**
Tuméfactions parotidiennes (étude de 500 observations).Place de la
parotidectomie exploratrice.
J. Fr. ORL.1988;8:531-48.
- 26 **Gorguet B., Brousset P., Mazerolles C., Duga I., Alard C.**
Histopathologie des tumeurs des glandes salivaires principales in:
Tumeurs des glandes salivaires.
Actualités de carcinologie cervicofaciale.Masson.Paris.1990:1-5.

- 27 **Gottschalk-Saba G.S., Glick T.**
Necrosis of parotid pleomorphic adenoma following fine needle aspiration: a case report.
Acta cytologica.1995;39:252-54.
- 28 **Goudot et coll.**
Les tumeurs de glandes salivaires principales et accessoires. Etude statistique sur 1038 tumeurs in: tumeurs des glandes salivaires. Actualités de carcinologie cervicofaciale.Masson.1990:43-47.
- 29 **Guerrier B., Makeieff M., Crampette L., Mouketou J.B.**
Traitement chirurgical des tumeurs du lobe profond de la parotide. A propos de 33 cas.
Les cahiers d'O.R.L.1994;29:265-71.
- 30 **Hamoir M., Lawson G., Andry G., Lothaire P., Sacre R., Remacle M.**
Tumeurs de la glande sous maxillaire.
Ann.Oto.Laryng.Paris.1991;108:26-29.
- 31 **Hamoir M., Rombaux P., Desuter G., Chouvel P., Marbaix E., Gregoire V.**
Les carcinomes mucoépidermoïdes de la parotide: approche diagnostique et attitude thérapeutique.
Les cahiers d'O.R.L.1996;31:39-45.
- 32 **Hicks M.J., EL-Naggar A.K., Flaitz C.M., Luna M.A., Batsakis J.G.**
Histocytologic grading of mucoepidermoid carcinoma of major salivary gland in prognosis and survival:a clinicopathologic and flow cytometric investigation
Head and neck.1995;17:89-95.
- 33 **Institut National de la Statistique et de la Démographie, Demographic and Health Surveys, Macro International INC.Burkina Faso.**
Enquête démographique et de santé 1993.Ouagadougou:INSD,1994:296.
- 34 **Konseim T.**
Les tumeurs de la sphère ORL et cervicofaciales au Burkina Faso.
Th. Med./ Ouagadougou,1993;3.

- 35 Lacomme Y.**
Les récidives des adénomes pléomorphes de la parotide.
Revue de laryngologie. 1988;109:17-24.
- 36 Lallemand J.G., d'Artigues Ph., El Sioufi I., Leguillette J.L.,
Bonnin P. Roumieux J.L., et collaborateurs.**
Les carcinomes adénoïdes kystiques de la glande parotide.
Les cahiers d'O.R.L.1996;31:23-28.
- 37 Laudenbach P .**
Glandes salivaires. Pathologie.
Encycl. Med. Chir. (Paris, France) , Stomatologie, 22057 C10,7-
1987,22p.
- 38 Laudenbach P.**
Glandes salivaires. Notions fondamentales et exploration.
Encycl.Med.Chir.(Paris,France), Stomatologie,22057A10,7-1987,16p.
- 39 Laudenbach P., Le Charpentier Y., Szpirglas H.**
Malformations des glandes salivaires. Editions techniques.
Encycl. Med. Chir.(Paris, France), ORL , 20-628-A10,1994,22p.
- 40 Leroux J., Robert J., De Brux.**
Histopathologie ORL et cervicofaciale.
Masson.Paris.1976:135-38.
- 41 Leverstein H., Vander Wal J.E., Tiwari R.M., Tobi H., Vander Waal
I.**
Malignant epithelial parotid gland tumours:analysis and results in 65
previously untreated patients.
Br.J.Surg.1998;85:1267-72.
- 42 Loche V., Chevalier D., Lejeune R., Akpo-Allavo J., Desaulty A.**
Le traitement des adénomes pléomorphes de la glande parotide par
parotidectomie totale conservatrice: à propos de 288
interventions(analyse des récidives, complications et séquelles).
Les cahiers d'O.R.L.1996;31:29-38.

- 43 **Lucarini J.W., Sciubba J.J., Khettry U., Nasser I.**
Terminal duct carcinoma: recognition of low grade salivary adenocarcinoma.
Archives of otolaryngology.1994;120:1010-15.
- 44 **Makeief M., Maurice N., Crampette L., Guerrier B.**
Stratégie diagnostique et thérapeutique des tumeurs de la parotide.
Les cahiers d'O.R.L.1996;31:9-15.
- 45 **Markucki S., Zalewski P., Najwer K., Szam S., Olszewski J., Schmidt J.**
Salivary gland tumor in authors material.
Otolaryngol.Pol.1997;51:70-2.
- 46 **Mc Cluggage WG, Primorose WJ, Toner PG.**
Myoepithelial carcinoma(malignant myoepithelioma) of the parotid gland arising in a pleomorphic adenoma.
J clin. Pathol.1998;51:552-6.
- 47 **Nagao T., Sugano I., Ishida Y., Tajima Y., Matsuzaki O., Kanno A.**
Salivary gland malignant myoepithelioma:a clinicopathologic and immunohistochemical study of ten cases.
Cancer.1998;83:1292-9.
- 48 **Nakado M., Nishizaki K., Akagi H., Masuda Y.**
Oncocytic carcinoma of the submandibular gland: a case report and literature review.
J.Oral.Pathol.Med.1998;27:225-8.
- 49 **Noghreyan A., Gatot A., Maor E., Fliss D.M.**
Palatal pleomorphic adenoma in a child.
Journal of laryngology and otology.1995;109:343-45.
- 50 **North C.A., Lee D.J., Pintadosi S.**
Carcinoma of the major salivary glands treated by surgery postoperative radiotherapy.
Int.J.Radiot.Oncol.Biol.Phys.1990;18:1319-26.
- 51 **Ouoba K., Dao M., Sakande B., Kabre M., Cisse R., Ouedraogo I., et coll.**
Les tumeurs des glandes salivaires. A propos de 48 cas opérés.
Burkina Médical. 1998;Vol 2;N°1:55-9.

- 52 Patel N., Poole A.**
 Recurrent benign parotid tumours:the lesson not learnt yet?
 Aust.NZJ Surg.1998;68:562-4.
- 53 Pedersen D., Avergaard J., Sogard H., Elbrand O., Overgaard M.**
 Malignant parotid tumors in 110 consecutive patients, treatment, results
 and prognosis.
 Laryngoscope 1992;102:1064-9.
- 54 Reyt E., Righini Ch.**
 Découverte du nerf facial lors de la parotidectomie.
 Les cahiers d'O.R.L.1996;31:17-22.
- 55 Rouvière H.**
 Anatomie humaine (descriptive, topographique et fonctionnelle, tête et
 cou).
 11è édition Paris, Masson . 1981:544.
- 56 Ruaux C., Latil D'Albertas D., Serrano E., Pessey J.J.,Lacomme Y.**
 Atteinte motrice faciale après chirurgie de la parotide.
 Journal de chirurgie(Paris).1995;132:22-26.
- 57 Saku T., Hayashi Y., Takahara O., Matsuura H., Tokunaga M.**
 Salivary gland tumors among atomic bomb survivors,1950-1987.
 Cancer.1998;84:153-9.
- 58 Scheffer P., Seguin G., Aadil A., Kouadio Koffi D.,Attar A., Levy J.**
 Valeur comparative de l'exploration radiologique pour le diagnostic des
 tumeurs de la parotide.
 Rev.Stomatol.Chir.Maxillofac. 1993;95:136-7.
- 59 Seiffert G., Brocheriou C., Cardesa A., Eveson J.W.**
 WHO international classification of tumours.Tentative for an histological
 classification of salivary gland tumours.
 Path.Res.Pract.1990;186:555-581.
- 60 Shaha A.R., Webber C., Di Maio T., Jaffe B.M.**
 Needle aspiration biopsy salivary gland lesion.
 Am.J.Surg.1990;160:373-76.
- 61 Spiro R.H., Dubner S.**
 Salivary gland tumors.
 Curr.Opin.Oncol.1990;2:589-95.

- 62 **Thomas Budd G., Groppe C., W.**
Adenoid cystic carcinoma of the salivary gland, sustained complete response to chemotherapy.
American cancer society. 1983;51:589-90.
- 63 **Totroux J., Lefebvre B.**
Pathologie des glandes salivaires.
Encycl.Med.Chir.(Paris,France).ORL.20-268-A10,1989.
- 64 **Wallace A.C., Mac Douglall J.T., Hildes J.A., Lederman J.M.**
Salivary gland tumors in Canadian Eskimos.
Cancer.1983;16:1338-53.
- 65 **Wazni A.**
La parotidectomie totale avec conservation du facial. Techniques indications résultats. A propos de 34 observations du service d'ORL du CHU de Dakar.
Th.Med./Dakar,1985;122.
- 66 **Weber R.S., Byers R.M., Petit B., Wolf F.P., Ang K., Luna M.**
Submandibular gland tumor. Adverse histologic factor and therapeutic implications.
Arch.Otolaryngol.Head Neck surg.1990;116:1055-60.
- 67 **Witt R.L.**
Facial nerve monitoring in parotid surgery: the standard of care?
Otolaryngol head neck surg.1998;119:468-70.
- 68 **Yu Gy., Ubmuller J., Donath K.**
Membranous basal cell adenoma of the salivary gland:a clinicopathologic study of 12 cases.
Acta.Otolaryngol.1998;118:588-93.

ANNEXE

Fiche de collecte de données

Fiche N° :

Année :

I - Identité

- | | |
|-----------------------|------------------------------|
| 1) Nom : | 2) Prénom(s) : |
| 3) Age : | 4) Ethnie : |
| 5) Sexe : | |
| 6) Profession : | 7) Lieu de résidence : |

II - Aspects cliniques

A) Motif de consultation

- | | |
|----------------------|--|
| 1) Tuméfaction / _ / | 3) Paralyse faciale périphérique / _ / |
| 2) Douleur / _ / | 4) Autres / _ / Préciser : |

B) Histoire de la maladie

- 1) Délai entre l'apparition du 1er signe et la consultation médicale :
- 2) Date de la première consultation :
- 3) Traitement moderne antérieure / _ /
- 4) Tradithérapie / _ /
- 5) Aucun traitement / _ /

C) Examen clinique

- 1) Tumeur
Taille : Localisation :
Forme : Mobilité / _ / Consistance :
Sensibilité / _ /
Adhérence à la peau / _ / Adhérence au plan profond / _ /
Aspect cutané en regard de la tumeur :
- 2) Paralyse faciale périphérique / _ /
- 3) Adénopathie / _ /
Siège : Taille : Nombre :
Consistance : Mobilité :
- 4) Autres :

III - Aspects anatomo-pathologiques

A) Les tumeurs malignes

- 1) Site anatomique :.....
- 2) Résultats histologiques

B) Les tumeurs bénignes

- 1) Site anatomique :.....
- 2) Résultats histologiques :.....

IV - Aspects thérapeutiques

A) Traitement chirurgical

- 1) Parotidectomie exofaciale /_/_
- 2) Parotidectomie totale conservatrice du VII /_/_
- 3) Parotidectomie totale avec sacrifice du VII /_/_
- 4) Sous maxillectomie /_/_
- 5) Curage ganglionnaire /_/_ 6) Autres /_/_ A préciser :.....

B) Traitement médical

- 1) Antimitotiques /_/_
- 2) Antiinflammatoires /_/_
- 3) Antibiotiques /_/_
- 4) Autres /_/_ A préciser :.....

C) Radiothérapie /_/_

D) Suites opératoires

- 1) Suites simples /_/_
- 2) Suites compliquées /_/_ Type de complication :.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RÉSUMÉ

Titre : Les tumeurs des glandes salivaires au CHNYO : aspects anatomo-pathologiques, cliniques et thérapeutiques. A propos de 93 cas colligés de 1983 à 1997.

Résumé

Dans le but de déterminer les aspects épidémio-cliniques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques des tumeurs des glandes salivaires, nous avons mené une étude rétrospective d'avril 1983 à décembre 1997 au CHNYO soit une période de 14 ans 9 mois.

Cette étude nous a permis de colliger 93 tumeurs des glandes salivaires dans le service d'anatomie pathologique et d'O.R.L du CHNYO.

L'analyse épidémiologique des observations nous amène aux conclusions suivantes : les tumeurs des glandes salivaires sont dominées par les tumeurs bénignes qui représentent 77,42% et 22,58% de tumeurs malignes.

L'âge moyen des patients présentant une tumeur maligne était de 52,42 ans et celui des tumeurs bénignes de 34,05 ans.

La prédominance féminine est manifeste. On observe 55,43% de femmes et 44,57% d'hommes.

Au plan clinique la tuméfaction était le principal motif de consultation. Il s'agissait d'une tuméfaction à évolution lente sans aucune gêne pour le malade qui finit par s'en accommoder d'où le long délai de consultation souvent observé. Le délai moyen calculé était de 1 an 8 mois pour les tumeurs malignes et 3 ans 5 mois pour les tumeurs bénignes.

Au plan histologique, l'adénome pléomorphe était la tumeur bénigne la plus rencontrée et représentait 81,9% des tumeurs bénignes. Les tumeurs malignes se caractérisent par leur grande variété histologique (7 types histologiques). Les tumeurs malignes épithéliales, de loin les plus fréquentes représentaient 95,2% des tumeurs malignes et 21,5% des tumeurs des glandes salivaires.

Au plan thérapeutique, si le traitement des tumeurs de la glande sous maxillaire et des glandes salivaires accessoires pose peu de problèmes, il n'en est pas de même pour les tumeurs de la parotide compte tenu du risque nerveux non négligeable.

L'utilisation de la chimiothérapie est encore rarissime et l'examen histologique extemporané n'est pas encore réalisé.

Mots clés : Tumeurs / Glandes salivaires / Anatomie pathologique / Clinique / Thérapeutique / Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo / Burkina Faso.

Auteur : Aimé Sosthène OUEDRAOGO

01 BP 2582 OUAGADOUGOU 01 Burkina Faso

Vu le Président du jury

Dr. OUOBA Kampadilemba
Pr. Agrégé en O.R.L.
Chirurgie Cervico-Faciale

200789

Vu le Directeur de thèse


Dr Sakande B. B. B. B.
Médecin
Anatomo-cyto-pathologiste
Hôpital YALGADO

Vu et autorisation d'imprimer le Recteur de l'Université de Ouagadougou