

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

- ADC** : Apparent diffusion coefficient
- ATM** : Articulation temporo-mandibulaire
- CAE** : Conduit auditif externe
- CHRZ** : Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor
- Cm** : Centimètre
- IRM** : Imagerie par Résonnance Magnétique Nucléaire
- ML** : Millilitre
- mm** : Millimètre
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ORL** : Oto-Rhino-Laryngologie
- SCM** : Sterno-cléido-mastoïdien
- TNM** : Tumor-Node-Métastasis
- VPA** : Visite pré-anesthésique

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Coupe para-sagittale de la face et du cou montrant les glandes salivaires principales droites.....	5
Figure 2: Coupes coronale (A) et Sagittale (B) de la face montrant les rapports de la glande parotide.....	9
Figure 3: Coupe coronale de la face montrant les différents rapports de la glande submandibulaire.....	14
Figure 4: Tumeur de la glande parotide droite (Collection K SONHAYE, 2016)	22
Figure 5: Tumeur de la glande parotide droite avec pafalysie faciale (Collection K SONHAYE, 2016).....	23
Figure 6: Volumineuse tumeur de la glande submandibulaire droite (Collection K SONHAYE, 2015).....	24
Figure 7: Tumeur de glande sublinguale (Collection K SONHAYE, 2016) ...	25
Figure 8: Patiente installée pour parotidectomie totale droite (Collection K SONHAYE, 2017).....	32
Figure 9: Vue peropératoire de parotidectomie totale droite montrant le lobe superficiel le lobe profond aux dépens duquel se développe la tumeur et le nerf facial et ses branches (Collection K SONHAYE, 2017).	37
Figure 10: Vue peropératoire d'un évidement cervico-parotidien (Collection K SONHAYE, 2016).....	38
Figure 11: Installation opératoire d'une patiente pour submandibulectomie droite (Collection K SONHAYE, 2016)	41
Figure 12: Vue peropératoire d'une volumineuse tumeur de glande submandibulaire droite (Collection K SONHAYE, 2015)	42
Figure 13 : Répartition selon leur sexe des patients pris en charge pour tumeur primitive de glande salivaire principale au service d'ORL du CHRZ.....	53

Figure 14: Répartition selon l'âge des patients pris en charge pour tumeur primitive de glande salivaire principale au service d'ORL du CHRZ.....	54
Figure 15: Répartition selon leur provenance des patients pris en charge pour tumeur primitive de glande salivaire principale au service d'ORL du CHRZ ..	55
Figure 16: Répartition selon la localisation de la tumeur des patients pris en charge pour tumeur primitive de glande salivaire principale au service d'ORL du CHRZ.	56
Figure 17 : Répartition des patients selon la latéralité de la masse des patients pris en charge pour tumeur primitive de glande salivaire principale au service d'ORL du CHRZ.....	57
Figure 18: Réalisation de l'échographie cervicale chez les patients pris en charge pour tumeur primitive de glande salivaire principale au service d'ORL du CHRZ.	59
Figure 19: Répartition selon l'attitude thérapeutique des patients pris en charge pour tumeur primitive de glande salivaire principale au service d'ORL du CHRZ.	60
Figure 20: Répartition selon les résultats de l'anatomopathologie des tumeurs primitives de glande salivaire principale prises en charge au service d'ORL du CHRZ.	62

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Incidence de tumeurs primitives de glande salivaire principale au service d'ORL du CHR de Ziguinchor	52
Tableau II: Topographie et sexe des patients pris en charge pour tumeur primitive de glande salivaire principale au service d'ORL du CHRZ.....	58
Tableau III: Répartition des complications post-opératoires chez les patients pris en charge pour tumeur primitive de glande salivaire principale au service d'ORL du CHRZ.....	61
Tableau IV: Répartition des tumeurs selon le type histologique et le siège anatomique des tumeurs primitives de glande salivaire principale prises en charge au service d'ORL du CHRZ.....	63

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. 1. EMBRYOLOGIE DES GLANDES SALIVAIRES PRINCIPALES	3
1.1. LA GLANDE PAROTIDE.....	4
1.2. LES GLANDES SOUS-MANDIBULAIRE ET SUBLINGUALE.....	4
2. ANATOMIE DES GLANDES SALIVAIRES PRINCIPALES	4
2.1. LA GLANDE PAROTIDE.....	5
2.1.1. Anatomie descriptive.....	5
2.1.1.1. Situation.....	5
2.1.1.2. Configuration externe.....	6
2.1.1.3. Aspects macroscopique et microscopique	6
2.1.1.4. Le canal de Sténon	6
2.1.2. Rapports	7
2.1.2.1. Les rapports pariétaux :.....	7
2.1.2.1.1.La paroi postérieure	7
2.1.2.1.2.La paroi externe	7
2.1.2.1.3.La paroi antérieure.....	7
ELLE EST SUBDIVISEE EN DEUX PARTIES :.....	7
2.1.2.1.4.Les bords.....	8
2.1.2.1.5.L'extrémité supérieure.....	8
2.1.2.1.6.L'extrémité inférieure.....	8
2.1.2.2. Les rapports avec les éléments vasculo-nerveux intra-parotidiens.	8
2.1.2.2.1.Le nerf facial.....	8
2.1.2.2.2.Les autres rapports.....	9
2.1.3. Vascularisation et innervation	10
2.1.3.1. Les artères	10
2.1.3.2. Les veines	10
ELLES SE JETTENT DANS LA VEINE JUGULAIRE EXTERNE ET LA VEINE COMMUNICANTE INTRA-PAROTIDIENNE.....	10
2.1.3.3. Les lymphatiques.....	10
2.1.4. Les nerfs	10
L'INNERVATION SENSITIVE EST ASSUREE PAR LE RAMEAU PAROTIDIEN DU PLEXUS CERVICAL SUPERFICIEL ET CELLE SECRETOIRE PAR LE NERF AURICULO-TEMPORAL, BRANCHE DU V3.....	10
2.2. LA GLANDE SUBMANDIBULAIRE	10
2.2.1. Anatomie descriptive.....	10

2.2.1.1. Situation.....	10
2.2.1.2. Configuration externe.....	10
2.2.1.3. Canal de Wharton.....	11
2.2.1.4. Structure	11
2.2.2. Les rapports	11
2.2.2.1. Les rapports pariétaux et externes.....	12
2.2.2.1.1.La paroi inféro-externe	12
2.2.2.1.2.La paroi supéro-externe	12
2.2.2.1.3.La paroi interne.....	12
2.2.2.1.4.Le bord inférieur	12
2.2.2.1.5.Le bord externe	12
2.2.2.1.6.Le bord supérieur.....	12
2.2.2.1.8.L'extrémité antérieure	13
2.2.2.2. Les rapports avec les éléments de la loge	13
Les rapports de la glande à l'intérieur de la loge se font avec :	13
2.2.3. Vascularisation et innervation	15
2.2.3.1. Les vaisseaux.....	15
2.2.3.2. L'innervation	15
2.3. LA GLANDE SUBLINGUALE	15
2.3.1. Anatomie descriptive.....	15
2.3.1.1. Situation et morphologie.....	15
2.3.1.2. Les voies excrétrices	15
2.3.2. Rapports.....	16
2.3.3. Vascularisation et innervation.....	16
2.3.3.1. Vascularisation	16
2.3.3.2. Innervation	16
3. PHYSIOLOGIE DE LA SALIVATION	16
4. EPIDEMIOLOGIE DES TUMEURS PRIMITIVES DES GLANDES SALIVAIRES PRINCIPALES	17
5. HISTOPATHOLOGIE DES TUMEURS PRIMITIVES DES GLANDES SALIVAIRES PRINCIPALES	18
5.1. HISTOLOGIE DES GLANDES SALIVAIRES PRINCIPALES.....	18
5.1.1. Les tumeurs bénignes	18
5.1.1.1. Les tumeurs épithéliales bénignes.....	18
5.1.1.2. Les tumeurs non épithéliales bénignes	19
5.1.2. Les tumeurs malignes.....	19

5.1.2.1. Les tumeurs épithéliales malignes	19
5.1.2.2. Les tumeurs non épithéliales malignes	20
6. STRATEGIE DIAGNOSTIQUE D'UNE TUMEUR DE GLANDE SALIVAIRES PRINCIPALE.....	20
6.1. DIAGNOSTIC POSITIF	20
6.1.1. Examen physique	20
6.1.1.1. Le matériel.....	20
6.1.1.2. La technique	20
6.1.1.3. Les résultats ^[10]	21
6.1.1.4. Facteurs cliniques suspects de malignité	26
6.1.2. Examens complémentaires.....	26
6.1.2.1. Radiographies.....	26
6.1.2.2. Echographie	26
6.1.2.3. Sialographie et sialendoscopie	27
6.1.2.3.1.La sialographie.....	27
6.1.2.3.2.La sialendoscopie	27
6.1.2.4. La tomodensitométrie	27
6.1.2.5. PET-SCAN.....	28
6.1.2.6. IRM	28
6.1.2.7. La cytoponction à l'aiguille fine	28
6.1.2.8. La biopsie	29
6.1.2.9. Classification TNM des cancers primitifs de glande salivaire principale.....	29
6.2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	30
6.2.1. Les tumeurs de la glande parotide.....	30
6.2.2. Les tumeurs de la glande submandibulaire	30
6.2.3. Les tumeurs de la glande sublinguale	30
7. PRINCIPES THERAPEUTIQUES DES TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES PRINCIPALES	31
7.1. BUTS.....	31
7.2. MOYENS	31
7.2.1. Les moyens chirurgicaux.....	31
7.2.1.1. Les parotidectomies	31
7.2.1.1.1.Préparation du malade	31
7.2.1.1.2.Anesthésie	31
7.2.1.1.3.Position	31
7.2.1.1.4.Matériel.....	32

7.2.1.1.5. .. Temps opératoires : Exemple de la parotidectomie exofaciale	33
7.2.1.1.6. Les autres parotidectomies	36
7.2.1.1.7. La fermeture et le drainage	36
7.2.1.1.8. Incidents et accidents per opératoires	37
7.2.1.2. La sub-mandibulectomie	38
7.2.1.2.1. L'installation	38
7.2.1.2.2. L'intervention	39
7.2.1.3. La chirurgie de la glande sublinguale	43
7.2.1.3.1. La marsupialisation	43
7.2.1.3.2. L'exérèse complète	43
7.2.2. Les moyens médicamenteux : La chimiothérapie	43
7.2.3. Les moyens physiques : la radiothérapie ^[10]	44
7.3. INDICATIONS	44
7.3.1. Les tumeurs primitives de la glande parotide	44
7.3.2. Les tumeurs primitives de la glande submandibulaire	45
7.3.3. Les tumeurs primitives de la glande sublinguale	45
8. PRONOSTIC D'UN PATIENT PORTEUR D'UNE TUMEUR DE LA GLANDE SALIVAIRE PRINCIPALE	45
8.1. ELEMENTS DE SURVEILLANCE	45
8.2. FACTEURS PRONOSTIQUES	46
8.2.1. Facteurs cliniques	46
8.2.1.1. Le stade TNM	46
8.2.1.2. Le sexe et l'âge	46
8.2.1.3. Facteurs histologiques	46
8.3. MODALITES PRONOSTIQUES	47
8.3.1. Les tumeurs de la glande parotide	47
8.3.2. Les tumeurs de la glande submandibulaire	47
8.3.3. Les tumeurs de la glande sublinguale	48
DEUXIEME PARTIE :	49
NOTRE ETUDE	49
1. CADRE D'ETUDE	50
1.1. LE CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE ZIGUINCHOR	50
1.2. LE SERVICE D'ORL	50
1.3. INFRASTRUCTURES	50
2. MATERIEL ET METHODE	51

2.1. TYPE ET DUREE DE L'ETUDE.....	51
2.2. CRITERES D'INCLUSION.....	51
2.3. CRITERES DE NON INCLUSION.....	51
2.4. COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES	51
3. RESULTATS	52
3.1. INCIDENCE	52
3.2. SEXE	53
3.3. AGE	54
3.4. ORIGINE DES PATIENTS	55
3.5. LE DELAI DE CONSULTATION.....	55
3.6. LA SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE.....	55
3.7. REPARTITION TOPOGRAPHIQUE	56
3.8. REPARTITION SELON LA LATERALITE DE LA MASSE.....	57
3.9. TOPOGRAPHIE DE LA LESION SELON LE SEXE DES PATIENTS	58
3.10. EXPLORATION PREOPERATOIRE	59
3.10.1. Imagerie médicale	59
3.10.2. Anatomopathologie préopératoire.....	60
3.11. LA CHIRURGIE.....	60
3.12. COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES	61
3.13. SEJOUR HOSPITALIER	61
3.14. L'HISTOLOGIE POST-OPERATOIRE	62
3.15. NATURE DE LA TUMEUR ET SIEGE.....	63
COMMENTAIRES ET DISCUSSION	64
4. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	65
4.1. INCIDENCE	65
4.2. SEXE	65
ON NOTE UNE FAIBLE PREDOMINANCE FEMININE CHEZ LES PATIENTS PORTEURS DE TUMEUR PRIMITIVE DE GLANDE SALIVAIRE PRINCIPALE TOUS SIEGES CONFONDUS (12 FEMMES ET 11 HOMMES).	65
4.3. AGE	66
4.4. PROVENANCE DES PATIENTS	66
4.5. DELAI DE CONSULTATION	66
4.6. LA SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE.....	67
4.7. REPARTITION TOPOGRAPHIQUE DES CAS	67
4.8. CORRELATION DE LA TOPOGRAPHIE DE LA LESION AU SEXE DES PATIENTS ..	68

4.9. EXPLORATION PREOPERATOIRE.....	68
4.9.1. Imagerie médicale	68
4.10. LA CHIRURGIE.....	69
4.11. COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES	70
4.12. L'HISTOLOGIE POST-OPERATOIRE	70
4.13. REPARTITION HISTOLOGIQUE DES TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES	70
4.14. NATURE DE LA TUMEUR ET SIEGE.....	71
CONCLUSION	73
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	77

INTRODUCTION

Rapport
gratuit.com

INTRODUCTION

Les glandes salivaires principales sont des structures anatomiques exocrines responsables de la sécrétion de la salive.

Sont rassemblées sous ce terme la glande parotide, la glande submandibulaire et la glande sublinguale par opposition aux glandes salivaires accessoires disséminées de la cavité buccale à l'hypopharynx.

Les tumeurs des glandes salivaires représentent environ 3% de toutes les tumeurs du corps et 6% de celles de la tête et du cou. La localisation à la glande parotide est prédominante et l'adénome pléomorphe est le type histologique fréquemment décrit^[33].

Le diagnostic de ces tumeurs qu'elles soient primitives ou non repose sur l'examen clinique et un ensemble d'examens complémentaires au sein desquels l'histologie occupe une place de choix.

Depuis l'essor des chirurgies cervico-faciale et maxillo-faciale, la prise en charge de la pathologie des glandes salivaires a connu une amélioration pronostique. Et pour raison, leur thérapeutique répond avant tout à une chirurgie seule ou en association avec d'autres moyens thérapeutiques.

La gravité de ces pathologies résultent dans l'apparition d'une paralysie faciale avant ou même après le traitement chirurgical.

De nombreux travaux portant sur les tumeurs de glandes salivaires ont été menés. En Afrique et notamment au Sénégal, les travaux pionniers de DIOP en 1975^[25], permettaient d'avoir un aperçu initial sur la part occupée par cette pathologie au CHU de Dakar où elle était essentiellement prise en charge.

Depuis plusieurs années on a assisté à la multiplication des services ORL dans les régions du Sénégal.

Ainsi, ce travail qui porte sur les résultats de la prise en charge chirurgicale des tumeurs primitives des glandes salivaires principales au service d'ORL du Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor se fixe pour but de :

- mettre l'accent sur l'étape pré- thérapeutique concernant ces tumeurs ;
- dresser les sous-populations relatives à l'âge, au sexe, aux données histocliniques ;
- évaluer les résultats de la prise en charge.

1.

PREMIERE : PARTIE RAPPELS

1. Embryologie des glandes salivaires principales [31, 33, 50]

1.1. La glande parotide

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. Elle apparaît vers la 5^e–6^e semaine de développement intra-utérin.

La parotide est d'encapsulation tardive, en règle vers le 3^e mois de développement, d'où l'incorporation possible de tissu lymphoïde. De même, il existe parfois des tubes ou des acini salivaires dans des ganglions lymphatiques, en général proches de la glande.

1.2. Les glandes sous-mandibulaire et sublinguale

Les glandes sous-mandibulaires et sublinguales sont de nature endodermique et d'encapsulation plus précoce. Les glandes submandibulaires se développent à partir de la sixième semaine de vie intra-utérine et les glandes sublinguales à compter de la huitième semaine.

La région submandibulaire naît de la soudure des extrémités antérieures des deuxième, troisième et quatrième arcs brachiaux qui forment le plancher buccal et la région sus-hyoïdienne médiane. Le sillon paralingual externe est un repli de l'épithélium buccal à partir duquel la glande submandibulaire va se développer.

2. Anatomie des glandes salivaires principales [50, 77, 78].

Disposées au voisinage de la cavité buccale suivant une courbe concentrique à celle du maxillaire inférieur, les glandes salivaires principales 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.

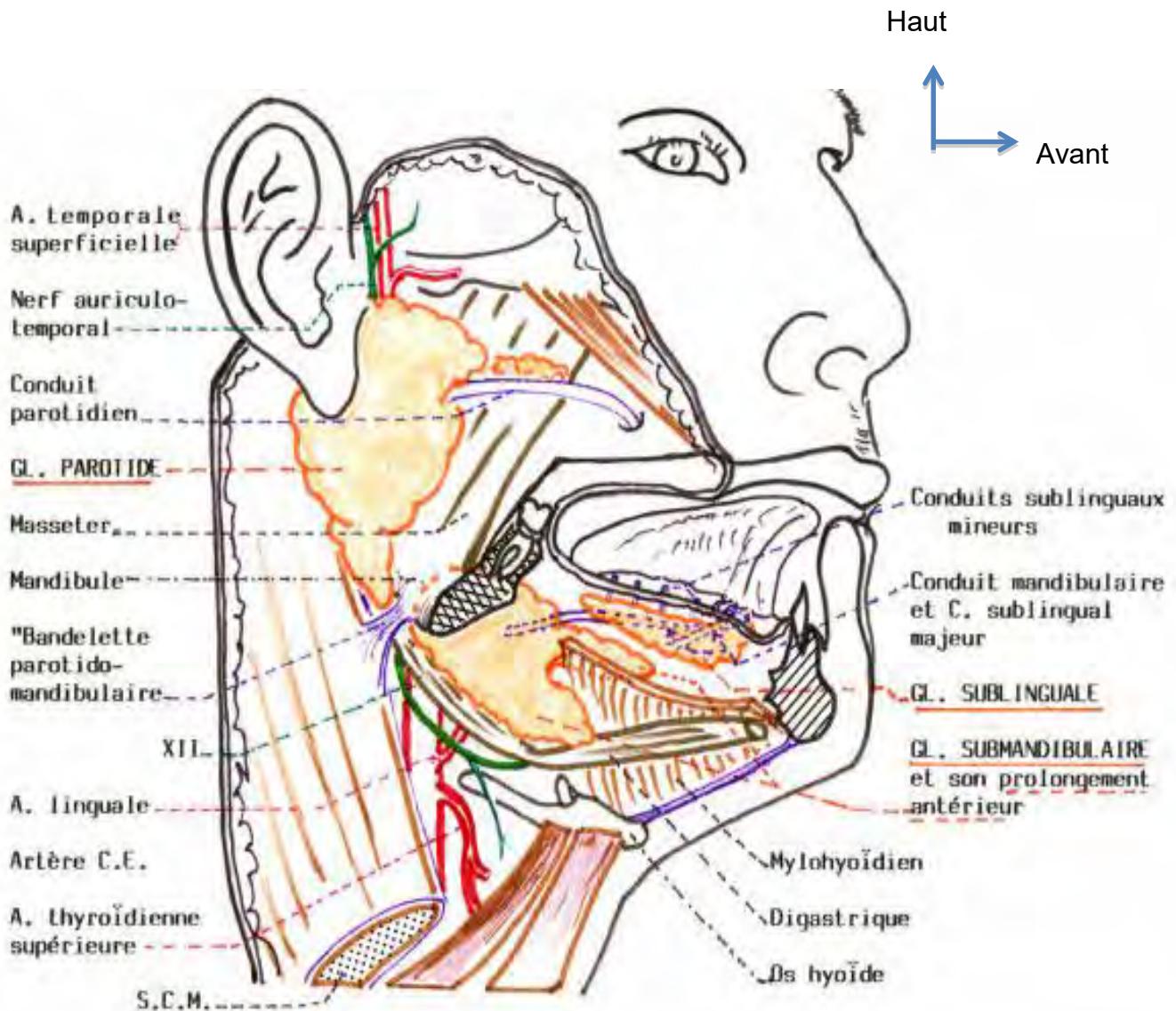


Figure 1: Coupe para-sagittale de la face et du cou montrant les glandes salivaires principales droites.

2.1. La glande parotide

2.1.1. Anatomie descriptive

2.1.1.1. Situation

La glande parotide occupe la partie postérieure de l'espace pré-stylien dans une loge étroite et profonde limitée par la branche montante de la mandibule, l'apophyse mastoïde et le muscle sterno-cléido-mastoïdien, la partie postérieure de l'arcade zygomatique et le conduit auditif externe, une ligne horizontale

partant de la mastoïde à l'angle de la mandibule, l'apophyse styloïde et l'espace para-pharyngien.

2.1.1.2. Configuration externe

La parotide a une forme d'un prisme triangulaire qui épouse les contours de sa loge. Elle présente à décrire 3 faces (antérieure, postérieure, externe), 3 bords (antérieur, postérieur, interne) et 2 extrémités (supérieure et inférieure). Elle déborde de ses limites du fait de multiples prolongements qui s'insinuent dans les ouvertures de la loge. Ces variations justifient la palpation bi-digitale de la région parotidienne et la recherche d'un bombement rétro-tonsillaire.

2.1.1.3. Aspects macroscopique et microscopique

La glande parotide est lobulée, jaunâtre, recouverte d'une capsule très mince. Elle pèse entre 25 et 30 grammes. L'élément structurel histologique de base est l'acinus. De l'acinus au canal de Sténon se succèdent en se regroupant des canaux intercalaires, en canaux striés puis canaux interlobulaires.

2.1.1.4. Le canal de Sténon

C'est le canal excréteur de la glande parotide. Il trouve son origine à l'union de deux racines supérieures et inférieures, dans la partie postérieure de la glande. Son trajet est horizontal sur la face latérale du masséter dans l'épaisseur de sonaponévrose. Au bord antérieur du masséter, il se dirige médialement perforant le muscle buccinateur et s'ouvre dans la cavité buccale. Il s'abouche dans le vestibule de la cavité buccale en regard de la 2^{ème} molaire supérieure.

2.1.2. Rapports [11, 12]

2.1.2.1. Les rapports pariétaux :

2.1.2.1.1. La paroi postérieure

C'est la partie externe du diaphragme stylien constitué de dehors en dedans par le muscle SCM et le ventre postérieur du digastrique. L'aponévrose du diaphragme stylien enveloppe le bouquet de Riolan et se prolonge jusqu'au pharynx. Ce bouquet correspond à un ensemble musculo-ligamentaire comprenant le muscle stylo-hyoïdien, le ligament stylo-hyoïdien et le ligament stylo mandibulaire. Il sépare la glande du contenu de la loge rétro-stylienne.

2.1.2.1.2. La paroi externe

C'est la paroi d'abord chirurgical formée de la superficie à la profondeur par la peau, et le système musculo-aponévrotique superficiel comportant le pannicule adipeux, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose cervicale superficielle.

2.1.2.1.3. La paroi antérieure

Elle est subdivisée en deux parties :

- **sa partie externe** est formée par le bord postérieur du masséter, le bord postérieur de la branche montante de la mandibule, le bord postérieur du ptérygoïdien interne. Il existe à ce niveau la boutonnière rétro-condylienne de Juvara qui fait communiquer la loge parotidienne avec la région ptérygo-maxillaire.
- **sa partie interne** est formée par une aponévrose mince comprise entre le ligament stylo-maxillaire, le ligament sphéno-maxillaire et le muscle ptérygoïdien interne. Cette aponévrose sépare la loge parotidienne de l'espace para-amygdalien. Il existe à ce niveau un prolongement pharyngien de la

parotide qui refoule la paroi de la loge vers le pharynx qui peut être exploré par le toucher pharyngien bi-digital.

2.1.2.1.4. Les bords

Le bord postérieur est en rapport avec le bord antérieur du muscle SCM. Le bord interne entretient des rapports avec le ligament stylo-hyoïdien. Le bord antérieur suit le bord postérieur du masséter et à l'union de son 1/3 supérieur et de ses 2/3 inférieurs se trouve le canal de Sténon.

2.1.2.1.5. L'extrémité supérieure

Les rapports s'effectuent avec la base du crâne, notamment la face postérieure de l'articulation temporo-mandibulaire, la paroi antérieure du CAE, le trou stylo-mastoïdien, les vaisseaux temporaux superficiels, le nerf auriculo-temporal, la branche fronto-palpébrale du nerf facial et les ganglions pré-auriculaires.

2.1.2.1.6. L'extrémité inférieure

Elle est constituée par la cloison inter parotido-maxillaire tendue entre la paroi postérieure de la loge et l'angle de la mandibule, les régions sterno-cléido-mastoïdiennes et sous-digastrique et la région sous maxillaire.

2.1.2.2. Les rapports avec les éléments vasculo-nerveux intra-parotidiens

2.1.2.2.1. Le nerf facial

Il s'agit du nerf facial dans sa portion extra-crânienne. Son origine se fait au trou stylo-mastoïdien à partir duquel il chemine dans la glande qu'il scinde en lobes profond et superficiel en se ramifiant en branches temporo-faciale et cervico-faciale.

2.1.2.2.2. Les autres rapports

Les autres rapports importants se font avec le nerf auriculo-temporal, branche du V3 et la veine communicante intra-parotidienne.

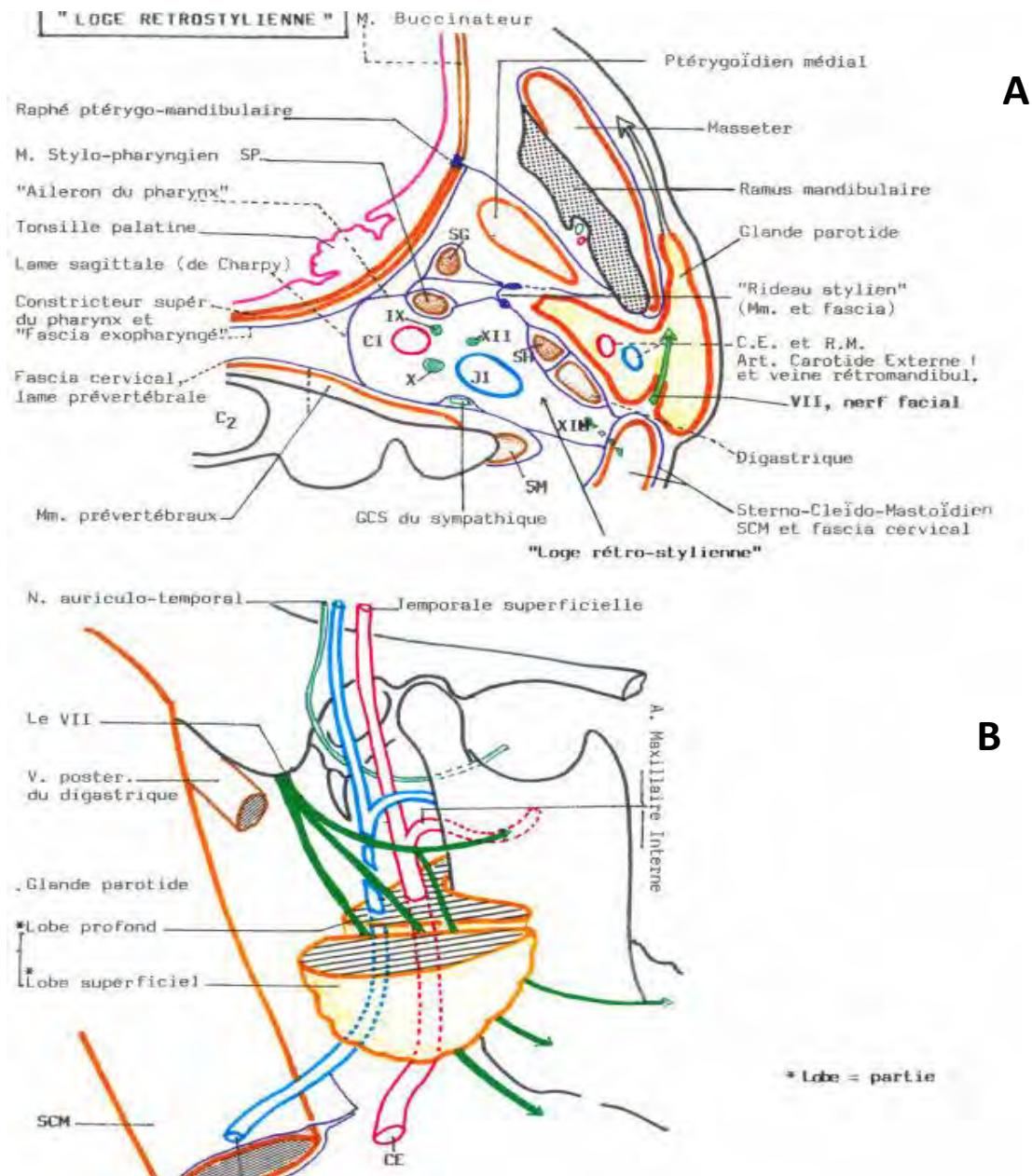


Figure 2: Coupes coronale (A) et Sagittale (B) de la face montrant les rapports de la glande parotide.

2.1.3. Vascularisation et innervation [40 ; 73]

2.1.3.1. Les artères

Ce sont les branches de la carotide externe et de l'artère auriculaire postérieure.

2.1.3.2. Les veines

Elles se jettent dans la veine jugulaire externe et la veine communicante intra-parotidienne.

2.1.3.3. Les lymphatiques

Ils se drainent vers les ganglions sus-aponévrotiques pré-tragiens, sous-aponévrotiques et profonds intra-parotidiens. Ces ganglions se drainent vers les ganglions jugulaires internes.

2.1.4. Les nerfs

L'innervation sensitive est assurée par le rameau parotidien du plexus cervical superficiel et celle sécrétoire par le nerf auriculo-temporal, branche du V3.

2.2. La glande submandibulaire

2.2.1. Anatomie descriptive [50, 77, 78]

2.2.1.1. Situation

La glande sous-maxillaire épouse les parois de la loge sous-maxillaire. Cette région est située sous le plancher de la cavité orale. Elle est délimitée entre le bord basilaire de la mandibule, le tendon intermédiaire du muscle digastrique et l'os hyoïde, la loge parotidienne, la loge sublinguale, les muscles sous-hyoïdiens, la base de langue et le pharynx et les téguments.

2.2.1.2. Configuration externe

La glande sous-maxillaire a grossièrement la forme d'une amande triangulaire. Elle est de couleur gris-rosée, de consistance ferme, d'aspect lobulé.

Elle pèse 7 grammes et mesure 5 à 6 cm de long. Elle est recouverte d'une mince capsule fibreuse adhérente, séparée de sa loge par du tissu celluleux aisément clivable.

Elle présente à décrire 3 faces ou parois (inféro-externe, supéro-externe, interne) ; 3 bords (inférieur, bord externe, bord supérieur) ; 2 extrémités (antérieure et postérieure). La glande sub-mandibulaire présente de fréquents prolongements : antérieur dans l'interstice mylo-hyoidien, postéro-supérieur sous la muqueuse buccale en regard de la dernière molaire inférieure et en dehors du muscle digastrique.

2.2.1.3. Canal de Wharton

C'est le canal excréteur de la glande sous-maxillaire. Il se forme dans la glande par union de plusieurs canaux donnant lieu à un conduit long de 5 cm. Il prend naissance à la face interne de la glande juste en arrière du muscle mylo-hyoidien et s'abouche par un petit orifice saillant en dehors du frein lingual appelé ostium umbilical.

2.2.1.4. Structure

La glande sous-maxillaire est une glande mixte constituée d'acini séreux et muqueux à prédominance séreuse.

2.2.2. Les rapports [63 ; 83]

La glande sous-maxillaire entretient des rapports avec les parois de sa loge et avec les éléments contenus dans sa loge.

2.2.2.1. Les rapports pariétaux et externes

2.2.2.1.1. La paroi inféro-externe

Elle répond de la superficie à la profondeur à : la peau et le pannicule adipeux, le tissu cellulaire sous-cutané, le muscle peaucier du cou et l'aponévrose cervicale superficielle. C'est la paroi d'abord clinique et chirurgical de la glande sous-maxillaire.

2.2.2.1.2. La paroi supéro-externe

C'est une paroi ostéo-musculaire. Elle répond à la fossette sous-mandibulaire et à la partie basse du muscle ptérygoïdien interne.

2.2.2.1.3. La paroi interne

Elle répond aux muscles digastrique, mylo-hyoidien, au nerf grand hypoglosse et à l'artère linguale par l'intermédiaire du muscle hyoglosse.

2.2.2.1.4. Le bord inférieur

Il répond en bas à l'os hyoïde et au tendon intermédiaire du muscle digastrique.

2.2.2.1.5. Le bord externe

Il répond à l'artère faciale, la veine faciale, aux vaisseaux sous-mentaux et au bord inférieur de la mandibule.

2.2.2.1.6. Le bord supérieur

Il contracte des rapports avec le muscle mylo-hyoidien, la muqueuse du sillon alvéolo-lingual et la région para-amygdale.

2.2.2.1.7. L'extrémité postérieure

Les rapports se font ici avec la cloison inter parotido-maxillaire. Elle est traversée par la veine communicante intra-parotidienne.

2.2.2.1.8. L'extrémité antérieure

Elle répond au bord postérieur du mylo-hyoidien, à l'interstice compris entre le bord postérieur du mylo-hyoidien et le bord antérieur de l'hyoglosse où passent le nerf lingual, le canal de Wharton, le nerf grand hypoglosse et la veine linguale. Cette extrémité répond en arrière au ventre antérieur du muscle digastrique.

2.2.2.2. Les rapports avec les éléments de la loge

Les rapports de la glande à l'intérieur de la loge se font avec :

- l'artère faciale;
- la veine faciale qui n'est pas satellite de l'artère ;
- le nerf lingual qui croise le canal de Wharton ;
- les ganglions sous-maxillaires, annexés au nerf lingual.

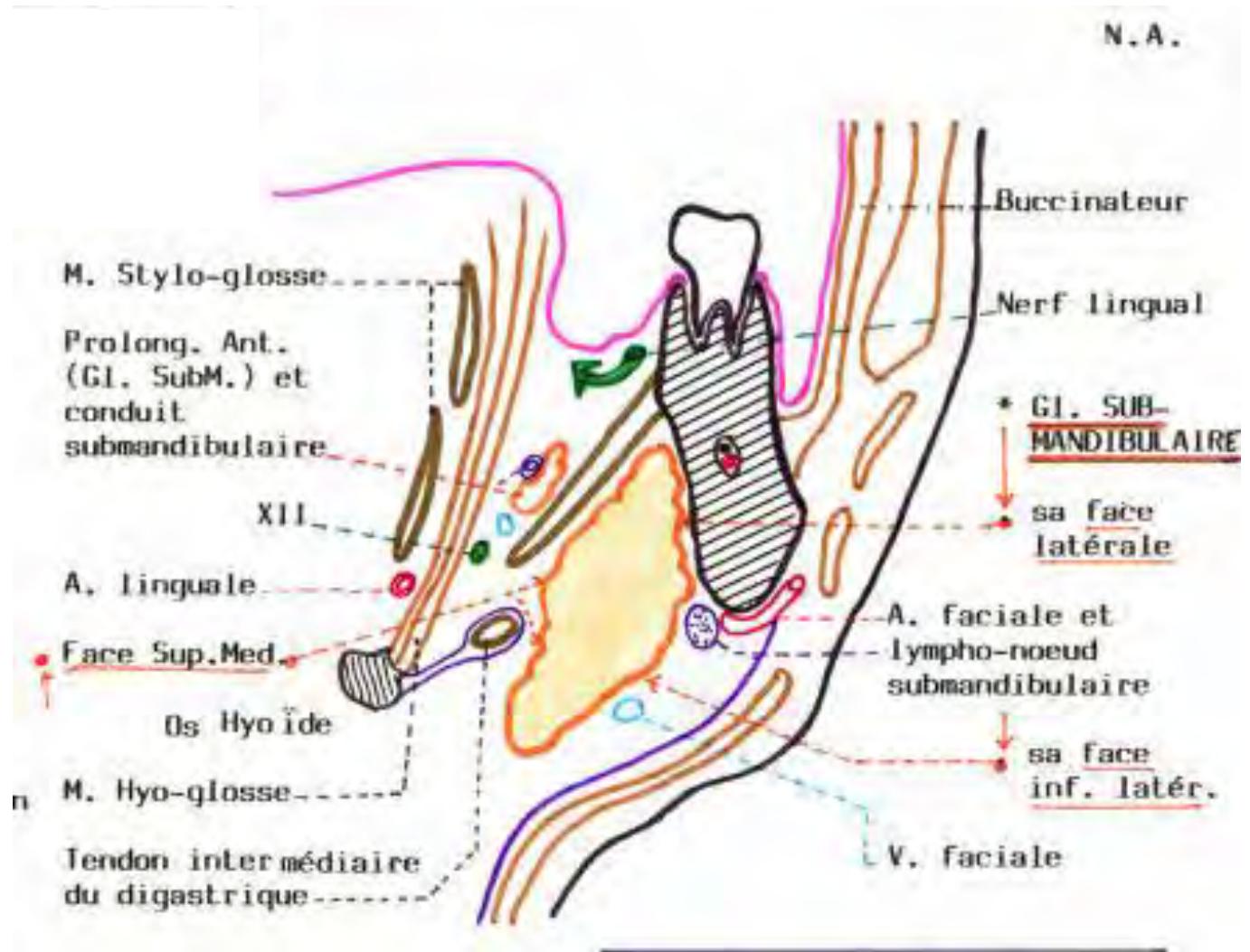


Figure 3: Coupe coronale de la face montrant les différents rapports de la glande submandibulaire

2.2.3. Vascularisation et innervation^[40 ; 73]

2.2.3.1. Les vaisseaux

La vascularisation artérielle provient de l'artère faciale par les rameaux sous-maxillaires et de l'artère sous-mentale.

Les veines se drainent dans la veine faciale et la veine sous-mentale.

Les lymphatiques sont représentés par le groupe sous- maxillaire. Ils reçoivent des afférences de la cavité orale, des régions sublinguale et submandibulaire de la face. Ils se drainent essentiellement vers le groupe jugulo-digastrique mais aussi vers le groupe jugulo-carotidien.

2.2.3.2. L'innervation

Elle est assurée par les fibres sécrétoires parasympathiques du nerf lingual.

2.3. La glande sublinguale

2.3.1. Anatomie descriptive^[70]

2.3.1.1. Situation et morphologie

La glande sublinguale est une structure paire et symétrique située dans le plancher buccal dans la loge sublinguale. Elle est allongée dans le sens du sillon alvéolo-lingual, aplatie transversalement et légèrement effilée à ses extrémités. Elle mesure environ 3 cm de longueur, 15 mm de hauteur et de 7 à 8 mm de largeur pour un poids moyen de 3 grammes. Sa coloration est semblable à celle de la glande sous-maxillaire. On lui distingue une face externe, une face interne, un bord supérieur, un bord inférieur et 2 extrémités (antérieure et postérieure).

2.3.1.2. Les voies excrétrices

Le drainage de la glande se fait par de multiples canaux excréteurs qui s'abouchent dans le canal de Wharton ou directement au niveau de la muqueuse gingivo-linguale. Parfois on individualise un canal excréteur plus important : le

canal de Bartholin qui se termine soit dans le canal de Wharton, soit à proximité de son abouchement au niveau de la caroncule salivaire.

2.3.2. Rapports^[11]

- A l'intérieur de la loge sublinguale, la glande entre en rapport avec le prolongement médial de la glande submandibulaire, le nerf lingual, le canal de Wharton, le nerf hypoglosse et les rameaux terminaux de l'artère linguale.
- A travers les parois de la loge sublinguale, la glande sublinguale entretient des rapports avec le muscle mylo-hyoïdien, la fossette sublinguale de la mandibule, le muscle génioglosse et la muqueuse du plancher buccal.

2.3.3. Vascularisation et innervation^[40 ; 73]

2.3.3.1. Vascularisation

La glande est vascularisée par l'artère sublinguale. Le système veineux se rejoint au niveau des veines sublinguales profondes et de la veine ranine.

Les ganglions lymphatiques se drainent dans les ganglions submandibulaires et dans la chaîne jugulaire interne.

2.3.3.2. Innervation

L'innervation de la glande est assurée par des rameaux du nerf lingual.

3. Physiologie de la salivation^[9 ; 50]

La salive mixte ou totale résulte d'un mélange du produit de sécrétion des glandes parotides, submandibulaires, sublinguales et des glandes accessoires.

Le volume de salive sécrété par l'ensemble des glandes salivaires est en moyenne de 1000 à 1500 ml par 24 heures en dehors de toute stimulation. A cette salive séro-muqueuse, se mélange le fluide gingival qui représente 0,1% du volume salivaire total.

Au repos les glandes submandibulaires sécrètent 70% de la salive ; les glandes parotides 20% et les glandes sublinguales 5%.

Pendant la gustation (sécrétion stimulée acide), les glandes submandibulaires sécrètent 60% de la salive, les glandes parotides 31% et les glandes sublinguales 3%.

Pendant la mastication (sécrétion stimulée mécanique), les glandes submandibulaires produisent 30% de la salive, les glandes parotides 60% et les glandes sublinguales 5%.

Au cours du sommeil, les glandes parotides ne sécrètent pas ; les glandes submandibulaires produisent 45 à 80% de la salive et les glandes sublinguales 10%. Les caractères physico-chimiques de la salive sont plus facilement obtenus grâce à son potentiel hydrogène (pH), qui varie entre 6,7 et 8,5 chez l'homme dans les conditions normales.

4. Epidémiologie des tumeurs primitives des glandes salivaires principales

Peu fréquentes, sur l'ensemble des processus tumoraux chez l'homme, les tumeurs des glandes salivaires représentent près de 3 % des tumeurs de la tête et du cou [33].

Dans une étude américaine [33] leur incidence est estimée à 40/1 000000. Le sex-ratio est de 1/1 pour l'ensemble des tumeurs des glandes salivaires, mais l'incidence relative peut varier considérablement en fonction du type histologique. L'âge-moyen d'apparition des tumeurs salivaires est de 45 ans, avec un pic de fréquence entre la 5^e et la 6^e décennie.

La glande parotide est la localisation la plus fréquente, suivie par la glande sous-mandibulaire. La glande sublinguale est exceptionnellement en cause ; elle est impliquée dans moins de 1 % des tumeurs des glandes salivaires.

Les trois quarts des tumeurs des glandes salivaires sont bénignes ; l'adénome pléomorphe est de loin le plus fréquent suivi de l'adénome monomorphe^[39] et des tumeurs malignes. Ces dernières représentant 7 % des tumeurs malignes de la tête et du cou^[33], sont beaucoup plus rares. Les tumeurs malignes de la glande sous-mandibulaire et des glandes salivaires accessoires ont un pronostic plus défavorable que celui des tumeurs parotidiennes.

5. Histopathologie des tumeurs primitives des glandes salivaires principales

5.1. Histologie des glandes salivaires principales^[33]

Les glandes salivaires principales sont constituées de lobules contenant des acini et des canaux excréteurs. Les acini sont composés de cellules séreuses (glande parotide) ou muqueuses (glande sous-maxillaire), ou des deux, prenant alors le nom d'acini mixte (glande sublinguale).

L'acinus est constitué d'un amas de cellules sécrétaires regroupées autour d'un canal collecteur appelé canal intercalaire.

Autour des canaux intercalaires et des acini se trouvent des cellules myoépithéliales dont les prolongements cytoplasmiques contiennent des myofibrilles contractiles facilitant l'expulsion de la salive et participant ainsi à la régulation du débit sécrétoire.

5.1.1. Les tumeurs bénignes

Elles sont divisées en tumeurs épithéliales et tumeur non épithéliales d'après la classification de l'OMS 2005^[76].

5.1.1.1. Les tumeurs épithéliales bénignes^[5 ; 33 ; 38 ; 51 ; 52 ; 59 ; 62 ; 84]

Elles représentent plus de 60 % des tumeurs des glandes salivaires. Il s'agit de :

- Papillome
- Adénomes monomorphes ou adénomes simples

- Adénolymphome ou cystadénolymphome (tumeur de Warthin)
- Adénome oxyphile ou oncocytome
- Adénome tubulaire ou trabéculaire
- Adénome à cellules claires
- Adénome basocellulaire
- Adénome à cellules sébacées et lymphadénome sébacé
- Adénome pléomorphe

5.1.1.2. Les tumeurs non épithéliales bénignes [16 ; 44 ; 48]

Elles regroupent :

- l'hémangiome ;
- le lymphangiome ;
- le neurofibrome ;
- l'hémangiopérycytomes ;
- les fibromes ;
- les chondromes ;
- le neurinome ;
- le lipome.

5.1.2. Les tumeurs malignes

Elles représentent entre 8 et 18 % des tumeurs des glandes salivaires selon les statistiques.

5.1.2.1. Les tumeurs épithéliales malignes [3 ; 17 ; 33; 34 ;38 ; 53 ; 59; 60 ; 61 ; 89]

- Les tumeurs mucoépidermoïdes ;
- les tumeurs à cellules acineuses ;
- les carcinomes ;
- le cylindrome ou carcinome adénoïde kystique ;
- l'adénocarcinome, carcinome épidermoïde et carcinome indifférencié ;
- le carcinome développé sur un adénome pléomorphe.

5.1.2.2. Les tumeurs non épithéliales malignes [53 ; 61]

Il s'agit des sarcomes. Ce sont des tumeurs exceptionnelles : angiosarcomes, fibrosarcomes, liposarcomes, sarcomes embryonnaires, et sarcome de Kaposi.

6. Stratégie diagnostique d'une tumeur de glande salivaire principale

6.1. Diagnostic positif

6.1.1. Examen physique [18 ; 19 ; 73]

6.1.1.1. Le matériel

Il s'agit de :

- un fauteuil ou une table d'examen ;
- un tabouret de consultation ;
- un bon éclairage obtenu à l'aide d'une lampe frontale ;
- un jeu de miroirs laryngiens ;
- des abaisse-langues ;
- des gants ou un doigtier ;
- des compresses, un centisouple, de l'eau savonneuse et de la xylocaïne en spray.

6.1.1.2. La technique

L'examen clinique doit être soigneux et systématisé. Il ne se limite pas à la face mais doit englober la totalité de la région cervico faciale.

Il comportera deux parties :

- l'examen exobuccal qui précise le siège de la tuméfaction (rétro-angulo-maxillaire ; sous lobulaire soulevant le lobule de l'oreille en dehors ; pré-tragienne sous maxillaire ou rétro-mentale), l'état de la peau en regard (luisante, infiltrée, cicatrice de fistule, de geste chirurgical ou scarification), l'état de la mimique (atteinte du nerf facial). A travers la palpation, cette étape de l'examen recherche d'un caractère inflammatoire. elle évalue la consistance,

la surface de la masse, la survenue d'une douleur provoquée, la mobilité par rapport aux plans superficiel et profond, les limites, les mensurations et l'existence d'une adénopathie cervicale.

- l'examen endobuccal quant à lui apprécie l'expression endobuccale par le toucher bidigital, l'état des canaux excréteurs, et le plancher buccal.

Cet examen doit être complet en examinant non seulement le reste des structures de la sphère ORL mais aussi celles de l'organisme afin d'identifier les éventuels signes d'appel de métastase.

6.1.1.3. Les résultats^[10]

- **La tumeur de la glande parotide** peut se développer au sein du parenchyme ou dans l'un de ses prolongements posant alors des problèmes cliniques spécifiques. Classiquement, la tumeur se présente sous forme d'une masse située en avant et au-dessous du lobule de l'oreille et pouvant combler le sillon rétro-mandibulaire. Lorsque la tumeur se développe dans la partie profonde de la glande, elle peut apparaître sous forme d'un bombement refoulant l'amygdale en dedans. Lorsque la tumeur se développe dans un prolongement superficiel, elle peut apparaître sous forme d'une masse isolée de la région mastoïdienne, de la région submandibulaire postérieure ou cervicale haute, de la partie médiane de la joue.



Figure 4:Tumeur de la glande parotide droite (Collection K SONHAYE, 2016)



Figure 5: Tumeur de la glande parotide droite avec pafalysie faciale (Collection K SONHAYE, 2016)

- **La tumeur submandibulaire** est palpable en regard de la région submandibulaire, sous la branche horizontale de la mandibule. La palpation bidigitale permet au mieux d'apprécier la tumeur.

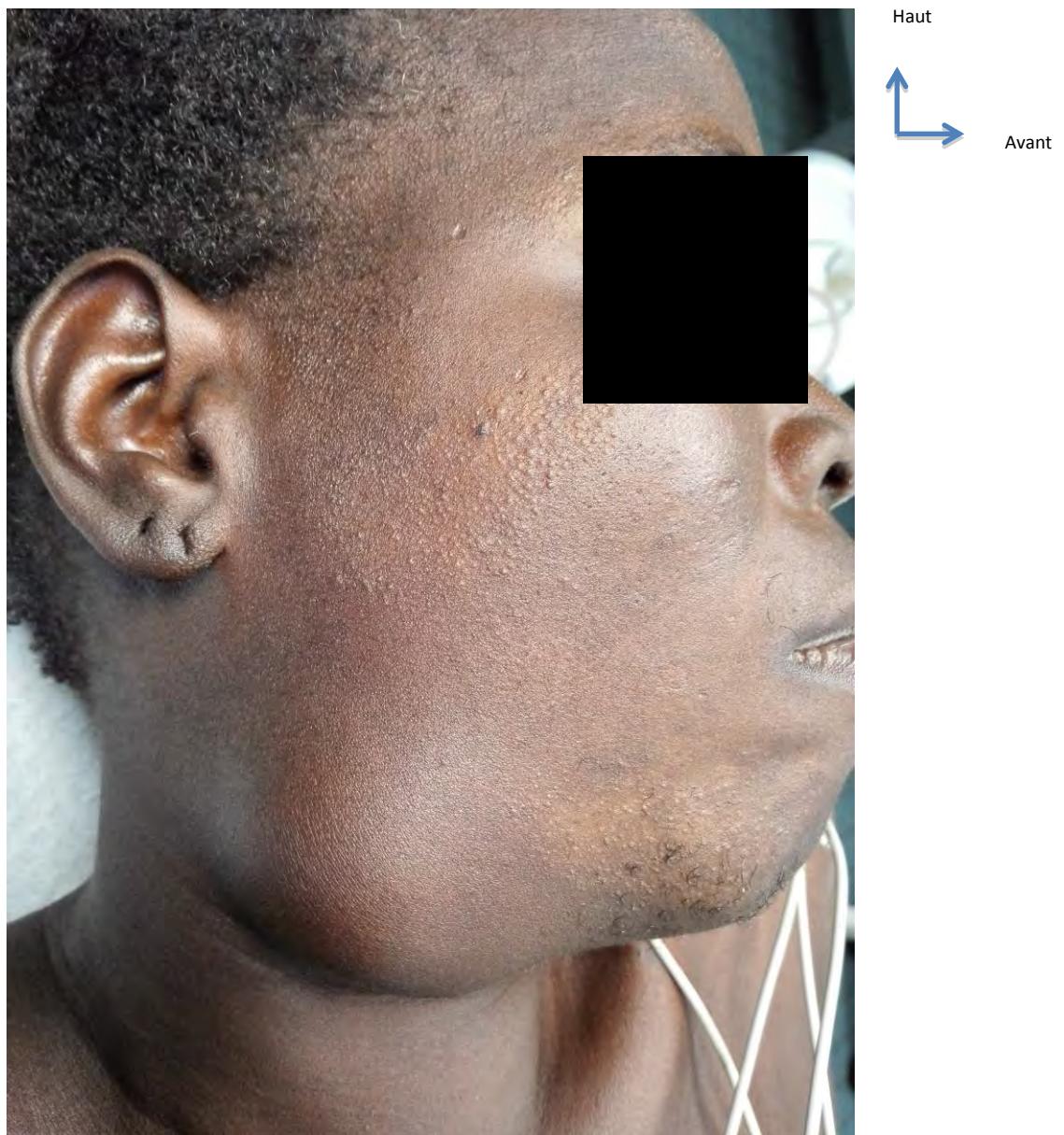


Figure 6: Volumineuse tumeur de la glande submandibulaire droite (Collection K SONHAYE, 2015)

- **La tumeur de la glande sublinguale** est palpée dans la région sublinguale, apparaissant sous forme d'une tuméfaction du plancher buccal antéro-latéral, refoulant parfois la langue vers le haut. L'analyse sémiologique

de cette lésion doit suivre les mêmes principes que ceux d'une tumeur de la région submandibulaire.

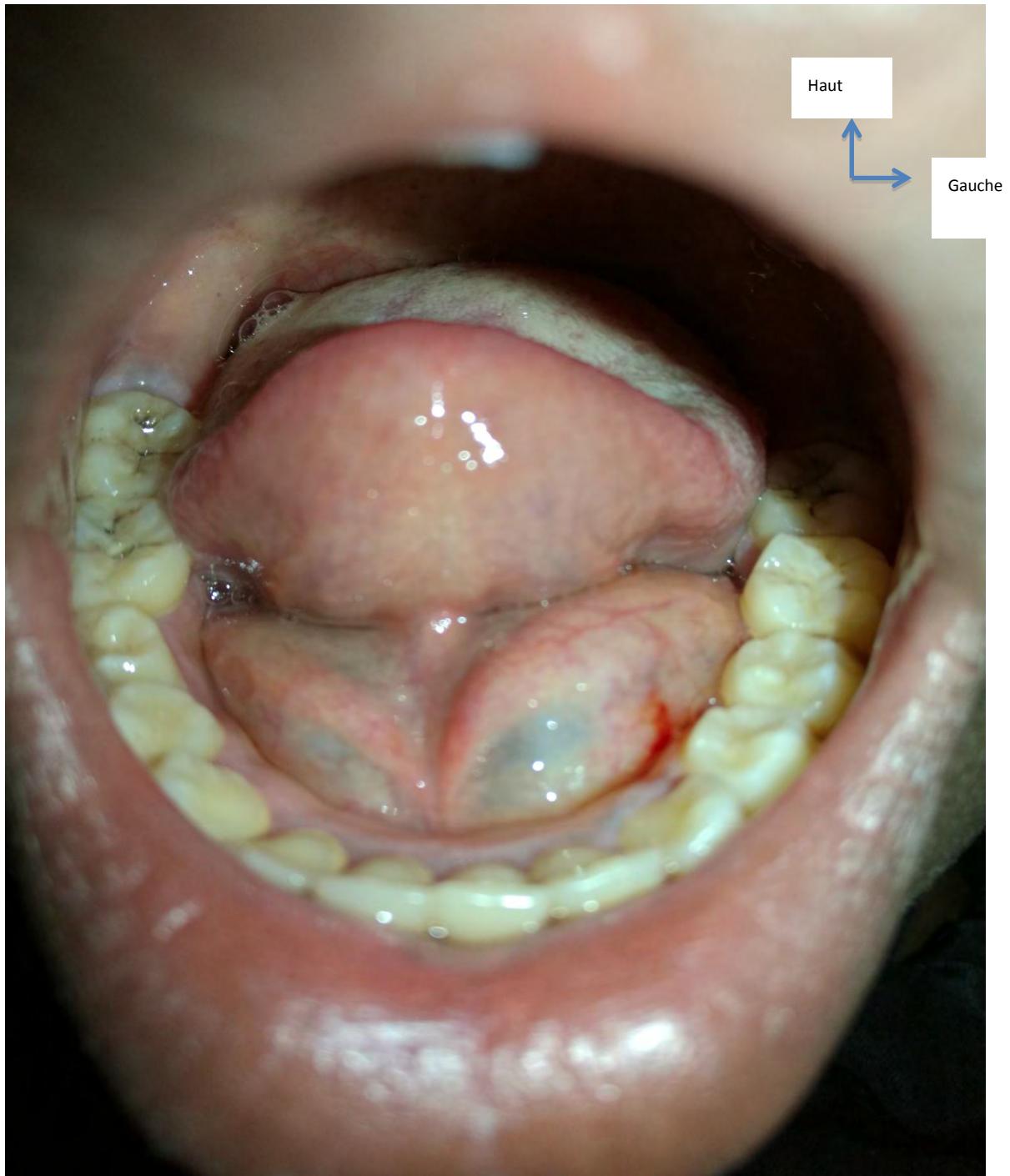


Figure 7: Tumeur de glande sublinguale (Collection K SONHAYE, 2016)

6.1.1.4. Facteurs cliniques suspects de malignité ^[10]

Il faut suspecter une tumeur maligne devant une tuméfaction qui devient douloureuse, ou adhérente à la peau et/ou aux plans profonds limitant la mobilité ou qui est l'objet d'une croissance très rapide ou entraîne une paralysie faciale ou encore dont la présence est associée, à l'existence d'adénopathie cervicale suspecte (dure). A ces éléments viennent s'ajouter la découverte d'une métastase viscérale.

6.1.2. Examens complémentaires

Les moyens diagnostiques restent pratiquement les mêmes pour toutes les localisations.

6.1.2.1. Radiographies

Les clichés standards gardent quelques rares 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.

6.1.2.2. Echographie ^[45 ; 32 ; 41 ; 42 ; 73 ; 93]

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

Dans la région parotidienne, elle permet d'affirmer la présence d'une tumeur parotidienne dans près de 100 % des cas.

Néanmoins, l'échographie explore incomplètement cette région. Le guide du bon usage des examens d'imagerie médicale ne considère l'échographie utile dans la prise en charge des cancers de la parotide que lorsqu'elle est une aide à la cytoponction écho-guidée. Cependant elle demeure dans notre contexte

d'exercice un examen morphologique suffisant pour le diagnostic de ces tumeurs.

6.1.2.3. Sialographie et sialendoscopie

6.1.2.3.1. La sialographie [58]

C'est la plus ancienne des méthodes d'exploration des glandes salivaires. Réalisée à l'aide de produits hydrosolubles, elle se pratique après des clichés sans préparation pour identifier des calcifications. Le cliché en évacuation évalue le degré de stase salivaire. Cependant, cet examen ne conserve plus beaucoup d'indications et est contre-indiqué lors des périodes d'infection aiguë, en cas d'allergie à l'iode et en cas de pathologie lithiasique. Cette technique reste intéressante pour la pathologie médicale : microlithiase, sialodochites et sialadénites, pathologies autoimmunes, sialoses où les images sialographiques sont parfois pathognomoniques.

6.1.2.3.2. La sialendoscopie [4 ; 93]

C'est une technique mini-invasive, pratiquée de routine en ambulatoire. Elle utilise un fibroscopie introduit dans les ostia des glandes salivaires préalablement dilatées. Le diamètre du fibroscopie extra fin et permet un examen indolore. La sensibilité et la spécificité de la sialendoscopie sont apparemment supérieures aux autres techniques d'imagerie. Le taux de succès est de 95 %.

Cette technique est utilisée pour le diagnostic de lithiase radiotransparente ou pour infirmer une cause inflammatoire.

Elle permet également de traiter des pathologies telles que les lithiases, les sténoses ou les polypes grâce à un micro-pouce à panier miniaturisé.

6.1.2.4. La tomodensitométrie [8 ; 41 ; 82]

L'examen tomodensitométrique de la région parotidienne est effectué en coupes axiales et coronales jointives sans et avec injection de produit de contraste. Il permet de réaliser un diagnostic topographique en localisant la tumeur avec

précision. Il n'est néanmoins pas possible de faire un diagnostic de nature d'une tumeur par tomodensitométrie. Cet examen a perdu une part importante de son intérêt avec l'apparition de l'IRM.

6.1.2.5. PET-SCAN^[19]

Durant ces 15 dernières années, la tomographie par émission de positons (TEP), couplée à la tomodensitométrie (TEP/TDM) ou plus récemment à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), est devenue un examen d'imagerie majeur largement pratiqué en cancérologie. Elle permet de déceler l'extension du cancer, des seconds cancers synchrones ou métachrones, lors de la stadification, de la restadification ou en cas de récidive biologique et également d'évaluer de façon précoce la réponse ou la résistance des localisations néoplasiques à la thérapeutique.

6.1.2.6. IRM^[8 ; 41 ; 63 ; 64 ; 66]

L'IRM est l'examen le plus performant pour l'exploration des tumeurs des glandes salivaires et en particulier pour les tumeurs parotidiennes. Les séquences conventionnelles en écho de spin T1, T2 et T1 après injection de gadolinium sont incontournables.

Elles peuvent être complétées par une séquence de diffusion avec mesure du coefficient d'ADC (apparent diffusion coefficient) qui permet de préciser la nature bénigne ou maligne de la tumeur. L'IRM permet d'éliminer les lésions de contiguïté (sous-cutanée, adénopathie sous-digastrique, kyste du 2e arc branchial). Elle permet de distinguer les lésions tissulaires des lésions kystiques. L'IRM est également utile lors de la surveillance des tumeurs opérées.

6.1.2.7. La cytoponction à l'aiguille fine^[73]

La ponction cytologique à l'aiguille fine est une option pour l'établissement du diagnostic préopératoire et de la stratégie thérapeutique. Elle permet souvent d'apporter un diagnostic rapide et fiable pour un cytopathologiste entraîné. Elle se réalise par des aspirations continues de la masse dans plusieurs directions.

En cas de diagnostic de malignité, elle permet de prévenir le patient d'une possible nécessité de sacrifier le nerf facial et/ou de réaliser un curage ganglionnaire dans le même temps opératoire.

6.1.2.8. La biopsie ^[19 ; 73]

Elle consiste à prélever plusieurs lobules glandulaires. La localisation la plus facile d'accès reste le versant muqueux de la lèvre inférieure. Une biopsie chirurgicale parotidienne sans exérèse de la tumeur est un geste exceptionnel, acceptable uniquement dans le cas de tumeurs volumineuses et inextirpables.

6.1.2.9. Classification TNM des cancers primitifs de glande salivaire principale ^[76]

La biopsie ou l'examen de la pièce opératoire combiné aux explorations morphologiques permettent de classer les tumeurs malignes des glandes salivaires principales selon la classification TNM de l'OMS.

TX : la tumeur primitive ne peut être évaluée ;

T0 : la tumeur primitive n'est pas décelable ;

T1 : tumeur \leq 2 cm dans sa plus grande dimension sans extension extraglandulaire ;

T2 : $2 \text{ cm} < \text{taille de la tumeur} \leq 4 \text{ cm}$ dans sa plus grande dimension sans extension extraglandulaire ;

T3 : $4 \text{ cm} < \text{taille de la tumeur} \leq 6 \text{ cm}$ dans ses plus grandes dimensions (T3a) ou avec envahissement extraglandulaire sans atteinte du nerf facial (T3b) ;

T4 : Tumeur $> 6 \text{ cm}$ dans ses plus grandes dimensions (T4a) et/ou envahissant la base du crâne, le nerf facial (T4b) ;

N0 : pas d'adénopathie;

N1 : adénopathie unique homolatéral de diamètre $< 3 \text{ cm}$;

N2 :

N2a : adénopathie unique homolatérale dont le diamètre est compris entre 3 et 6 cm ;

N2b : adénopathie homolatérale multiple dont le diamètre est < 6 cm ;

N2c : adénopathie bilatérale ou controlatérale dont le diamètre est < 6 cm ;

N3 : adénopathie dont le diamètre est ≥ 6 cm ;

M0 : pas de métastase ;

M1 : existence de métastase viscérale.

6.2. Diagnostic différentiel^[33]

6.2.1. Les tumeurs de la glande parotide

Il faut discuter :

- les tumeurs sous-cutanées bénignes (kyste sébacé, tumeur de Malherbe ou pilomatrixome) ;
- les parotidoses unilatérales et les parotidites ;
- l'adénopathie intraparotidienne inflammatoire ;
- les proliférations lymphoépithéliales bénignes et les hyperplasies lymphoïdes méritent également une mention, bien que la classification OMS les apprenne aux tumeurs des glandes salivaires.

6.2.2. Les tumeurs de la glande submandibulaire

Elles peuvent être confondues avec :

- une adénopathie de la région sous-maxillaire.
- les formes pseudotumorales des sous-maxillites (d'origine lithiasique le plus souvent).

6.2.3. Les tumeurs de la glande sublinguale

Le diagnostic différentiel se fait avec :

- les cancers du plancher buccal ;
- le kyste mucoïde du plancher buccal, ou grenouillette sublinguale.

7. Principes thérapeutiques des tumeurs des glandes salivaires principales^[100].

7.1. Buts

Il s'agit de stériliser le foyer tumoral en réalisant l'exérèse de la tumeur lorsqu'elle est possible et d'en éviter l'évolution et les complications.

7.2. Moyens

7.2.1. Les moyens chirurgicaux

7.2.1.1. Les parotidectomies^[72]

7.2.1.1.1. Préparation du malade

Il faudra informer le patient (ou ses tuteurs légaux) sur les buts, modalités et complications possibles de l'intervention (paralysie Faciale, syndrome de Frey..) à distance de l'intervention. Une prémédication anxiolytique peut être nécessaire la veille de l'intervention.

7.2.1.1.2. Anesthésie

Il s'agit le plus souvent d'une anesthésie générale avec intubation orotrachéale ou nasotrachéale de préférence.

7.2.1.1.3. Position

- le patient en décubitus dorsal, la tête surélevée par rapport au reste du corps (proclive), en extension tournée du côté opposé, reposant sur une tête-rière avec un billot sous les épaules ;
- le chirurgien assis du côté de la région à opérer ;
- l'aide-opérateur se place en face du chirurgien et l'instrumentiste à droite de l'opérateur si la lésion est à droite ; en face à gauche si la lésion est à gauche.
- les champs : après désinfection du site opératoire (région parotidienne, l'oreille, toute l'hémiface, la région temporo-zygomatique, cervicale et

thoracique supérieure), les champs (2 transversaux, 2 latéraux) sont disposés de façon à laisser visible l'oreille, les régions pré-auriculaire, jugale, cervicale haute, orbitaire externe, et la commissure labiale. Une tente imbibée de Bétadine est placée dans le CAE.

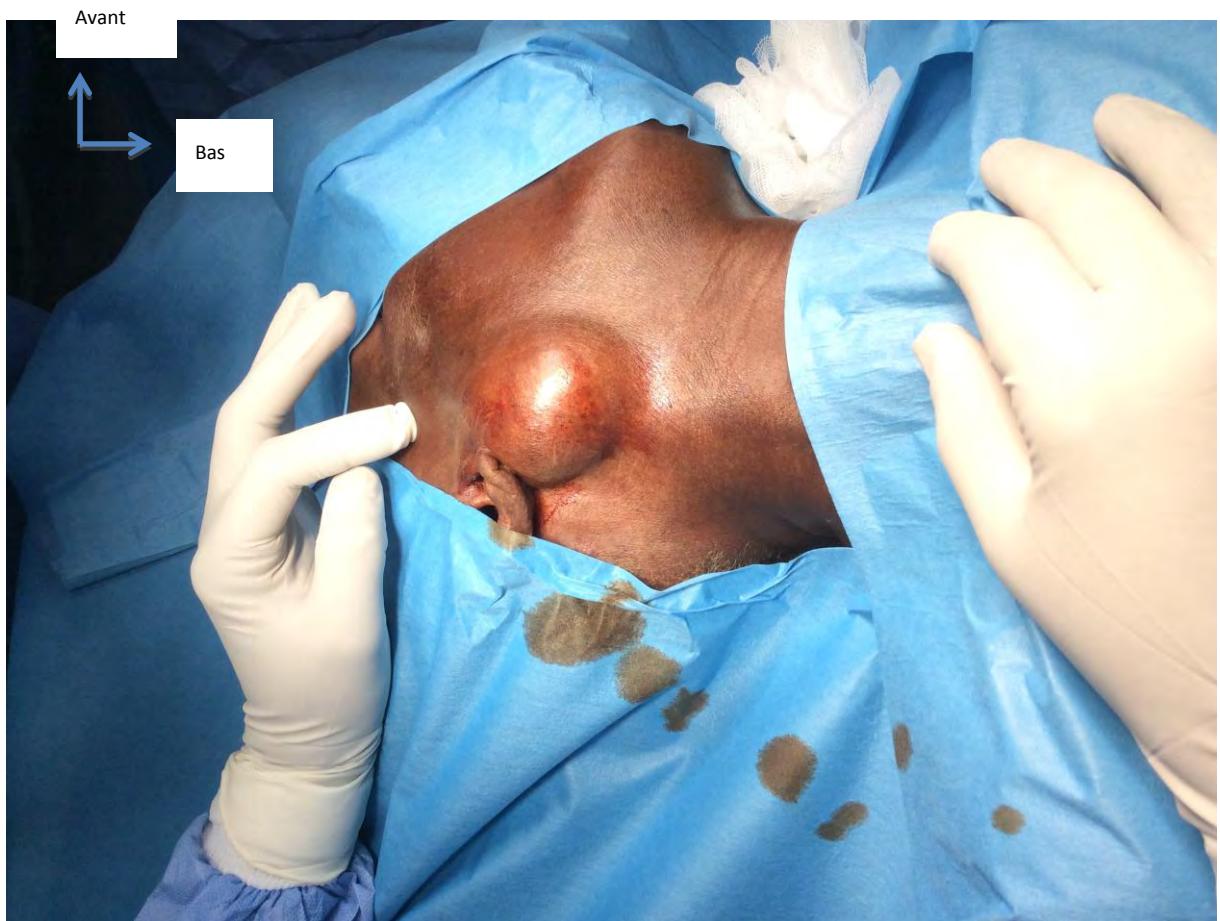


Figure 8: Patiente installée pour parotidectomie totale droite (Collection K SONHAYE, 2017)

7.2.1.1.4. Matériel

- une boîte de chirurgie cervicale ;
- une paire de ciseaux très fins à bouts pointus ;
- des lacs caoutchouc ;
- une coagulation bipolaire avec irrigation ;
- le monitoring du nerf facial n'existe pas dans notre contexte.

7.2.1.1.5. Temps opératoires : Exemple de la parotidectomie exofaciale

7.2.1.1.5.1. Incision

L'incision en « S » allongé (type Redon) comportant 3 segments (vertical, horizontal puis vertical), suit l'insertion de l'hélix, passe en avant du tragus, du lobule de l'oreille qu'elle contourne sans aller trop en arrière (bord antérieur de la mastoïde), puis s'incurve en regard du muscle SCM, le long du pli cervical supérieur, à 2 travers de doigt du bord inférieur de la mandibule, en direction de la grande corne de l'os hyoïde. Les jonctions entre les différents segments doivent être arrondies, curvilignes.

7.2.1.1.5.2. Décollement des lambeaux

A l'aide de crochets de Gillies, on réalise une traction en avant de la berge antérieure de l'incision et du lobule de l'oreille en arrière et en haut. On réalise un décollement du lambeau postérieur à minima et du lambeau cutané antérieur. Le décollement ne doit pas être mené au-delà du bord antérieur du parenchyme glandulaire.

On réalise une réclinaison du pavillon de l'oreille vers l'arrière en disséquant les tractus fibreux qui l'amarrent au bord postérieur de la glande parotide.

Le pavillon de l'oreille sera tracté et fixé en arrière à l'aide d'une pince à champ ou d'un fil serti prenant appui sur la partie inférieure du CAE. Le lambeau antérieur est fixé en avant à l'aide d'un fil serti.

7.2.1.1.5.3. Libération de la face postérieure de la glande parotide

Il s'agit de la libération de la glande parotide de la paroi postérieure de la loge parotidienne de part et d'autre de l'émergence supposée du nerf facial.

En haut, on fait un décollement de la face antérieure du conduit cartilagineux jusqu'au tympanal.

En bas, on fait une libération de la glande du muscle SCM, ce qui permet de découvrir le ventre postérieur du muscle digastrique dont on dégage le bord supérieur (repère important pour le nerf facial) depuis son tendon intermédiaire jusqu'à son insertion osseuse mastoïdienne.

A ce stade de l'intervention la glande parotide est reliée aux structures postérieures de la loge que par un cordon tissulaire entre parotide et angle masto-cartilagineux (fascia masto-parotidien de Loré), au sein duquel est situé en profondeur le tronc du nerf facial.

7.2.1.1.5.4. Découverte du tronc du nerf facial

Deux crochets de Gillis disposés de part et d'autre du cordon tissulaire réclinent vers l'avant la face postérieure de la glande.

Le repérage au doigt se base sur la face antérieure de la pointe mastoïdienne et la face inférieure du CAE osseux (tympanal).

Concernant le trajet du tronc du nerf facial, on se base sur la bissectrice de l'angle formé par le bord antérieur de la pointe mastoïdienne et le bord inférieur du tympanal. La profondeur est donnée par le bord supérieur du ventre postérieur du muscle digastrique.

Le processus triangulaire du cartilage tragien qui correspond à la portion la plus interne du conduit auditif externe, encore appelé le pointeur de Conley, est aussi un bon repère pour la recherche de l'émergence exocrânienne du nerf facial.

Ensuite on procède à la dissection prudente des tractus fibreux, de la superficie à la profondeur, entre la glande parotide et le plan postérieur.

Le dégagement nerveux rencontre quelques risques hémorragiques en particulier l'artère stylo-mastoïdienne qu'il faudra lier ou coaguler.

Le nerf facial apparaît comme un cordon presque horizontal de 1 à 2mm de large, blanc nacré, en dedans et au dessus du ventre postérieur du muscle digastrique.

La dissection superficielle à l'aide de ciseau courbes dont la convexité s'appuie sur le nerf permet de découvrir quelques millimètres en avant la bifurcation caractéristique du tronc nerveux.

7.2.1.1.5.5. Ablation de la partie exo-faciale de la glande parotide (par tunnelling)

Une fois le tronc du nerf facial repéré, l'intervention consiste en une dissection du nerf elle-même.

L'ablation du lobe superficiel est effectué d'arrière en avant, en suivant une par une les branches de division nerveuse.

L'avancée se fait pas à pas, en s'aidant de ciseaux courbes dont la convexité s'appuie sur la face superficielle de l'élément nerveux, sans jamais le perdre de vue, c'est-à-dire en évitant toute tunnelling trop profonde.

A la périphérie, la libération du pôle superficiel impose le repérage et la ligature, en haut de quelques affluents des vaisseaux temporaux superficiels et de la veine communicante intra-parotidienne en bas (au besoin).

La ligature de la veine jugulaire externe n'est pas obligatoire.

Le décollement du lobe superficiel guidé par la dissection des branches nerveuses de 2^{ème} et 3^{ème} division conduit au bord antérieur de la glande.

A ce niveau, des filets nerveux très fins se tendent. Il faudra différencier les filets sécrétoires que l'on peut sacrifier des filets moteurs à préserver. On complète alors sans danger le décollement cutané au-delà du bord antérieur de la glande. A ce moment le lobe ne tient plus que par une charnière verticale. A sa partie moyenne, un pédicule transversal correspondant au canal de Sténon et à l'artère transverse de la face peut être individualisé et sectionné.

7.2.1.1.6. Les autres parotidectomies

- La parotidectomie totale conservatrice : elle consiste dans un premier temps à l'exérèse du lobe superficiel avec dissection du nerf facial puis dans un deuxième temps à l'exérèse du lobe profond par pédiculisation.
- La parotidectomie totale non conservatrice avec curage ganglionnaire systématique. L'incision en « S » type Redon sera complétée par un trait de refend cervical. La réparation nerveuse sera conditionnée par l'examen extemporané.
- La parotidectomie peut être élargie à la peau en cas d'extension cutanée. On peut faire une parotidectomie élargie en antérieur vers le muscle masséter en cas d'infiltration ; une parotidectomie élargie à toute ou une partie de la branche montante de la mandibule et l'ATM ; une parotidectomie élargie à l'oreille externe et/ou moyenne (mastoïdectomie) en cas d'extension intrapétreuse ou de paragangliome tympano-jugulaire.
- Parotidectomie par voie endobuccale en cas de tumeur du prolongement pharyngé de la parotide.

7.2.1.1.7. La fermeture et le drainage

Afin de prévenir la survenue d'hématome, il faudra effectuer une hémostase soigneuse surtout au niveau des muscles. Une petite lame de Surgicel est placée sur le tronc du nerf et sa première branche. Ensuite on place un drain aspiratif de Redon-Jost le long du muscle SCM, à distance des filets nerveux.

Pour diminuer la dépression rétro-maxillaire on suture le tissu musculo-aponévrotique superficiel du lambeau antérieur au bord antérieur du muscle SCM.

La peau est fermée en 2 plans en veillant à bien suturer la région sous le lobule de l'oreille. L'intervention se termine par la pose d'un pansement.

7.2.1.1.8. Incidents et accidents per opératoires

- Les difficultés d'hémostase : elles sont rares. Il faudra recourir à la coagulation bipolaire ou à la ligature de la carotide externe (en cas d'hémorragie importante, gênante).
- La blessure du nerf facial ou d'une de ses branches : si le nerf a été sectionné on peut procéder à une suture ou une greffe nerveuse.

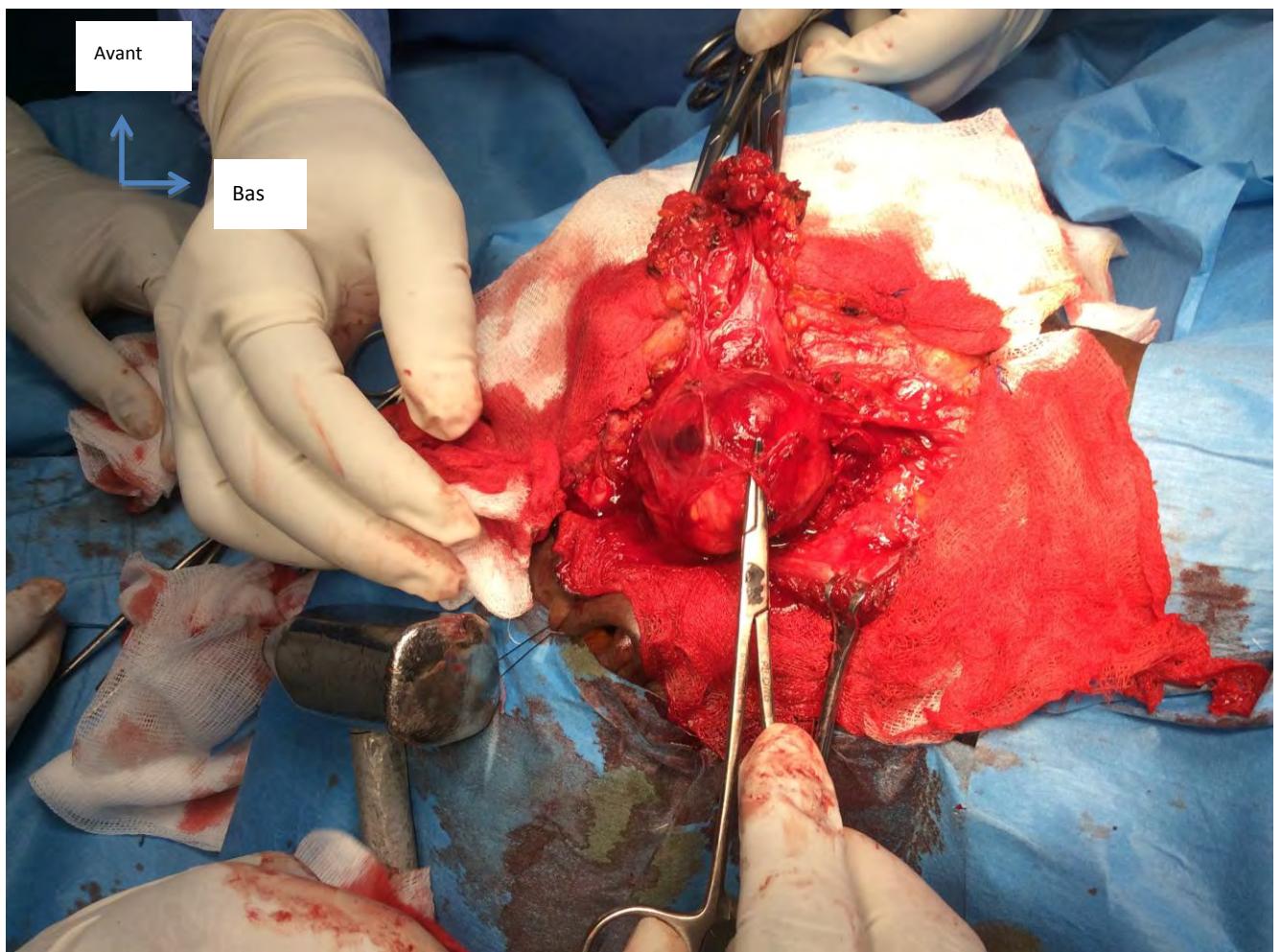


Figure 9: Vue peropératoire de parotidectomie totale droite montrant le lobe superficiel le lobe profond aux dépens duquel se développe la tumeur et le nerf facial et ses branches (Collection K SONHAYE, 2017).

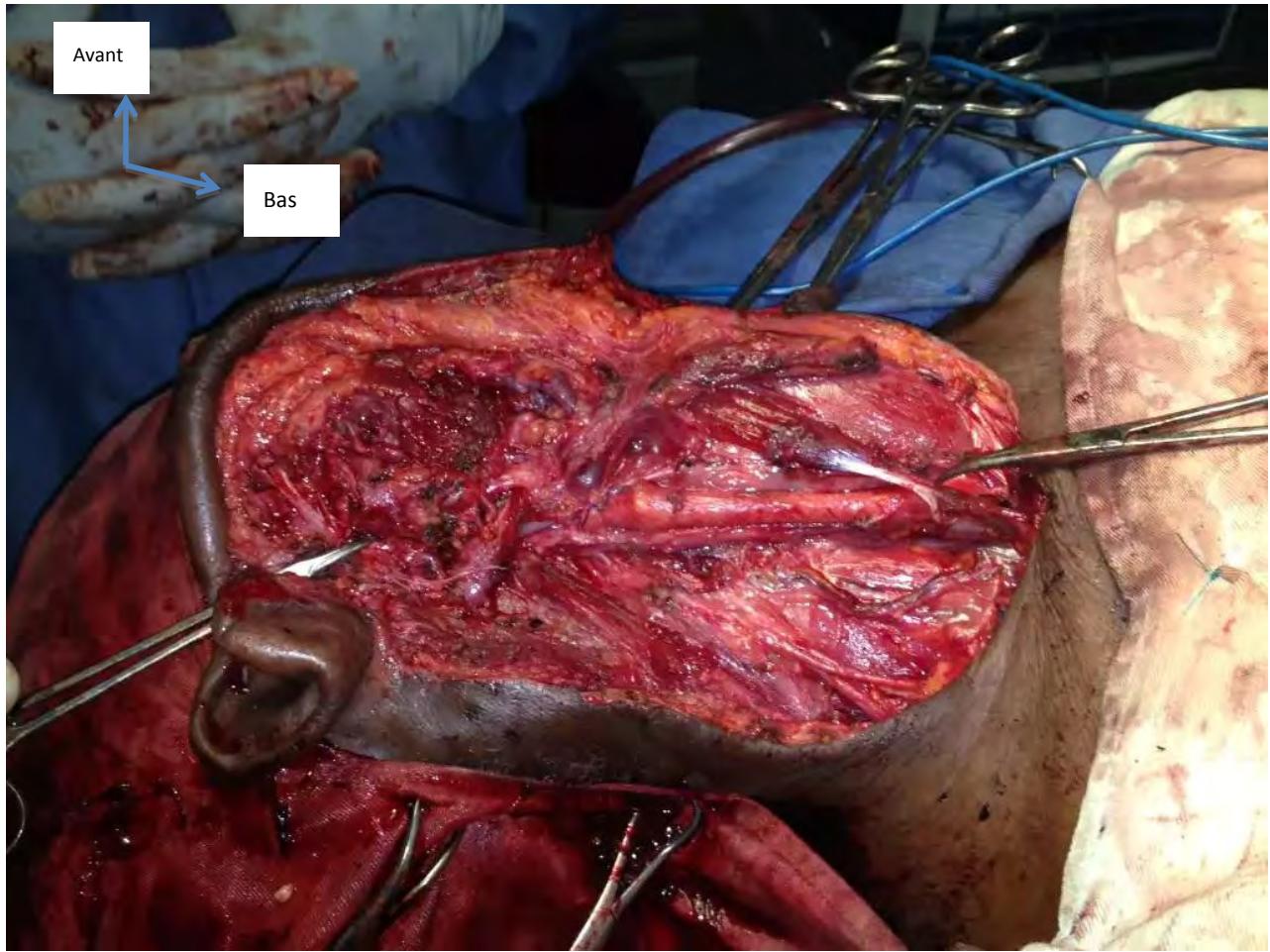


Figure 10: Vue peropératoire d'un évidement cervico-parotidien (Collection K SONHAYE, 2016).

7.2.1.2. La sub-mandibulectomie ^[21]

7.2.1.2.1. L'installation

- La position du malade : Décubitus dorsal, billot sous les épaules et la tête tournée du côté opposé.
- La position de l'équipe chirurgicale : le chirurgien sera assis sur un tabouret du côté à opérer assisté par un aide placé en face du chirurgien.
- Les champs sont placés de telle sorte que soit visible la pointe du menton, le lobule de l'oreille, la région rétro commissurale des lèvres et la moitié supérieure du cou.

7.2.1.2.2. L'intervention

L'abord se fait par incision cutanée de type Sebileau Carrega. Son extrémité antérieure atteint la petite corne de l'os hyoïde. Son extrémité postérieure atteint le bord antérieur du SCM. Cette incision doit être franche allant jusqu'à l'aponévrose cervicale superficielle. Il faut se garder de faire un décollement des lambeaux au risque de léser le rameau mentonnier. On réalise ensuite l'ouverture de la gaine du SCM en arrière et de celle du ventre antérieur du digastrique en avant et en bas. Il faut alors effectuer un repérage du bord inférieur de la mandibule dans la partie juxta symphysaire à l'aplomb de la commissure labiale. L'incision perpendiculaire à ce niveau fait apparaître un plan de clivage dans lequel on glisse une compresse, celle-ci matérialise l'angle antérieur de la région sous maxillaire

L'acte chirurgical se poursuit ensuite par la recherche du paquet artéio-veineux qui rampe sur le mylo-hyoïdien et l'hémostase est faite par ligature. Les ciseaux glissent le long du digastrique jusqu'au tendon intermédiaire et habituellement au point de ce muscle, avec le bord antérieur du SCM, on trouve la veine faciale dont on fait une section et ligature. Le décollement de la veine faciale de la face superficielle de la glande emmène en même temps l'aponévrose superficielle et le rameau mentonnier.

Au prix de quelques hémostases, on arrive à l'artère faciale. Le pôle antérieur de la glande saisi par une pince de Museux, est tiré en arrière.

Avec la pointe des ciseaux, la face profonde est détachée du mylo-hyoïdien. Le pôle inférieur de la glande est tiré en haut pour découvrir le ventre postérieur du digastrique et l'artère faciale qui alors, est sectionnée entre deux ligatures. La glande ne tient plus que par le canal de Wharton, une pince est placée au pôle postérieur de la glande. A ce niveau Il faut prendre le soin de bien reconnaître le nerf hypoglosse et les veines linguales qui l'entourent. L'écarteur de Faraboeuf charge le bord postérieur du mylo-hyoïdien et l'on découvre le nerf lingual d'aspect blanc nacré dont la direction est brisée par une angulation. Ce nerf

libéré de ces attaches, redresse sa direction pour s'écartier du canal de Wharton qu'il sous croise. Le canal de Wharton est le dernier élément à être réséqué et ligaturé à l'aide d'un fil de gros calibre. Toutes les attaches de la glande sont ainsi défaites et elle peut être alors enlevée. Après une hémostase soigneuse, on réalise une fermeture plan par plan en mettant en place un drain de Redon ou une lame de Delbet. L'intervention se termine par la réalisation d'un pansement compressif.

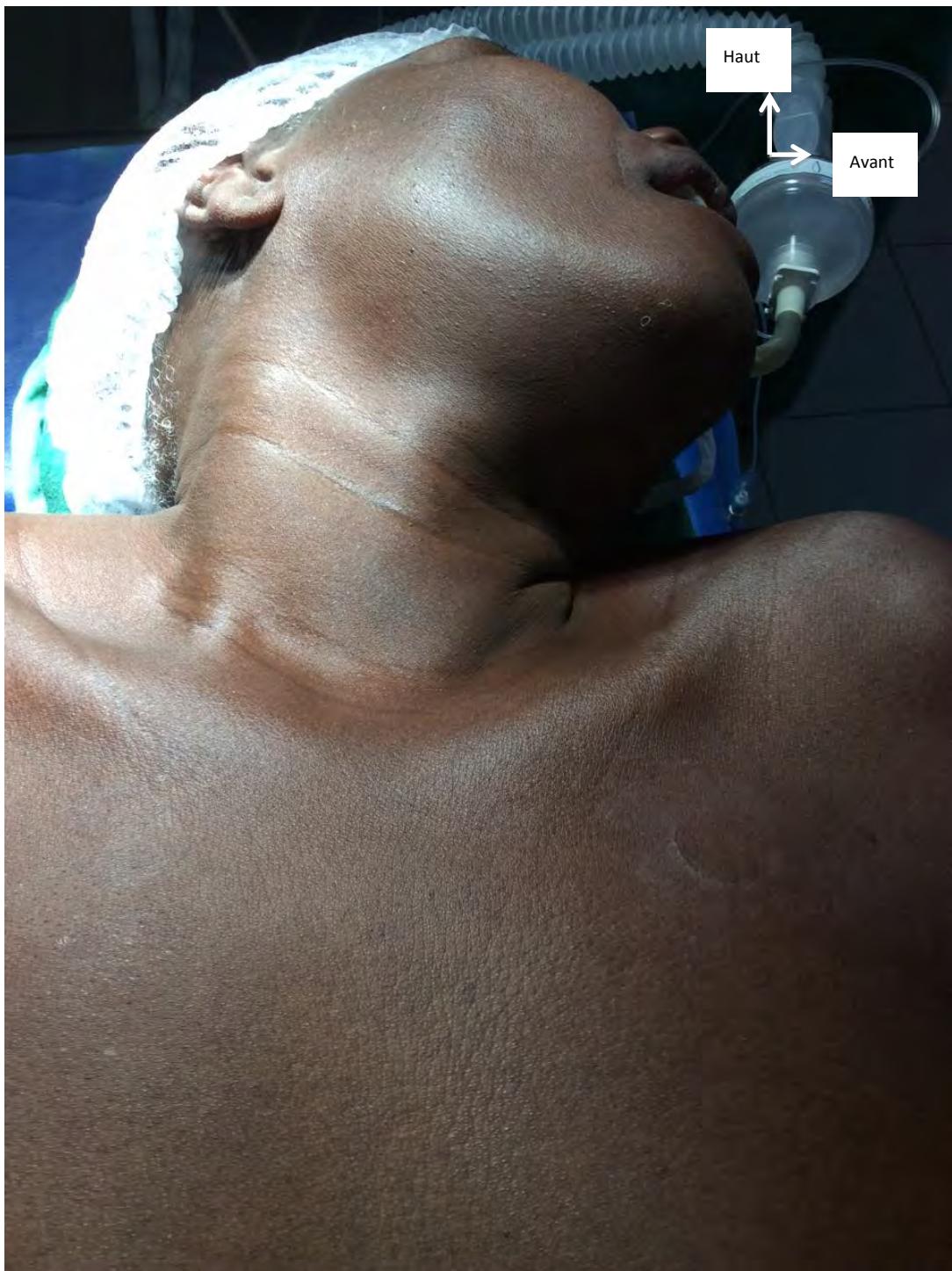


Figure 11: Installation opératoire d'une patiente pour submandibulectomie droite (Collection K SONHAYE, 2016)

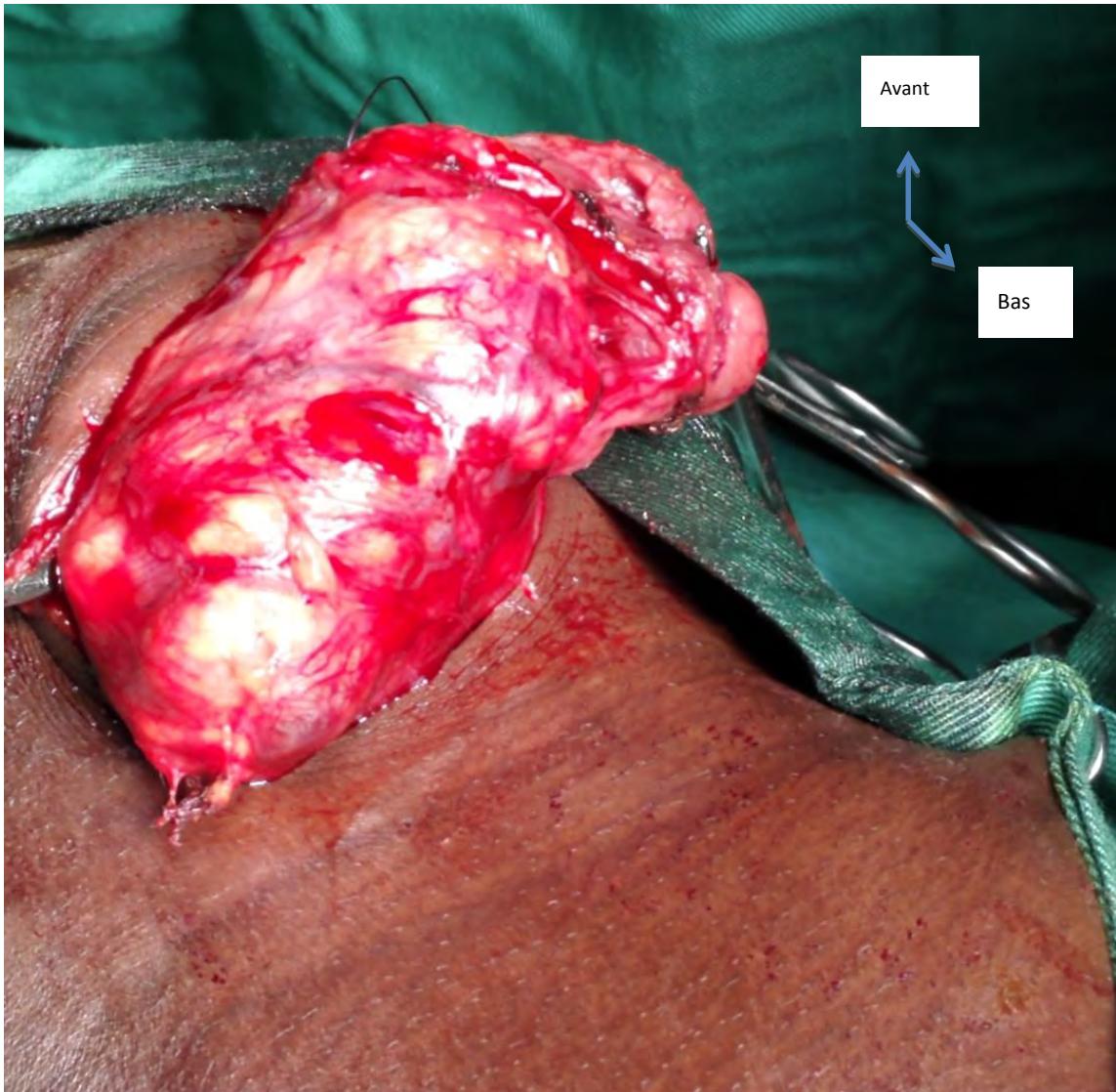


Figure 12: Vue peropératoire d'une volumineuse tumeur de glande submandibulaire droite (Collection K SONHAYE, 2015)

7.2.1.3. La chirurgie de la glande sublinguale ^[21]

7.2.1.3.1. La marsupialisation

Après incision la muqueuse du plancher buccal puis du kyste selon son grand axe avec un bistouri. Son contenu mucoïde s'évacue et permet alors de réséquer la partie superficielle du kyste ; si cette paroi est fine, une résection simultanée en « quartier d'orange » de la paroi du kyste et de la muqueuse peut être réalisée. On suture ensuite les berges du kyste à la muqueuse du plancher buccal au fil résorbable. Des soins de bouche sont conseillés pendant quelques jours.

7.2.1.3.2. L'exérèse complète

Certains proposent l'infiltration préalable du plancher buccal et le cathétérisme du canal de Wharton pour faciliter son repérage.

L'incision muqueuse du plancher mesure 4 à 5 cm de long, selon le grand axe de la glande, et respecte la caroncule salivaire. On dissèque ensuite la muqueuse de part et d'autre de l'incision, de façon à exposer et à isoler petit à petit la glande. Celle-ci est saisie à l'aide d'une pince atraumatique pour faciliter la dissection.

Le nerf lingual et le canal de Wharton situés en dedans de la glande sont progressivement refoulés à l'aide d'un instrument mousse ou d'un tampon monté. On termine en vérifiant l'hémostase de la loge, notamment des vaisseaux sublinguaux ; une suture muqueuse non hermétique est réalisée au fil résorbable.

Les bains de bouche sont nécessaires après l'intervention.

7.2.2. Les moyens médicamenteux : La chimiothérapie ^[67 ; 57]

La chimiothérapie semble être réservée, du moins aux tumeurs réputées chimio-sensibles (lymphomes et sarcomes).

La littérature sur la chimiothérapie des cancers des glandes salivaires est relativement pauvre. Elle n'a pas fait la preuve de son efficacité chez les patients porteurs d'un cancer de glande salivaire quel que soit son stade (y compris

métastatique). Son utilisation devrait faire l'objet d'études cliniques notamment avec les nouveaux cytostatiques.

7.2.3. Les moyens physiques : la radiothérapie ^[10]

L'irradiation externe est effectuée surtout en post-opératoire en fonction des résultats anatomopathologiques : elle est soit classique par photons et électrons soit par neutronthérapie (carcinome adénoïde kystique). Le traitement consiste à irradier la tumeur ou le lit opératoire et les aires ganglionnaires homolatérales. Même le carcinome adénoïde kystique, réputé peu radiosensible, peut bénéficier de ce traitement.

En cas de non-opérabilité, la neutronthérapie peut être proposée.

La radiothérapie conventionnelle peut cependant à elle seule, jouer un rôle curateur, même pour des tumeurs très volumineuses.

7.3. Indications ^[68]

7.3.1. Les tumeurs primitives de la glande parotide

Le traitement de choix est la parotidectomie totale, avec exploration ganglionnaire homolatérale, complétée, selon les résultats de l'examen anatomopathologique extemporané, par un geste ganglionnaire. Le sacrifice du nerf facial ou d'une de ses branches peut s'imposer devant une adhérence ou un envahissement tumoral évident.

Pour le carcinome adénoïde kystique (cylindrome) qui envahit les troncs nerveux, et se prolonge parfois nettement à distance de la tumeur, un sacrifice nerveux suffisant macroscopiquement en apparence, risque de laisser en place des cellules tumorales. La radiothérapie externe est systématique, associée au geste chirurgical pour la plupart des tumeurs.

Les tumeurs bénignes de la parotide justifient une parotidectomie totale conservatrice ; la parotidectomie exofaciale tendant à être abandonnée dans notre contexte d'exercice du fait de la non disponibilité de l'examen extemporané.

7.3.2. Les tumeurs primitives de la glande submandibulaire

Le traitement des tumeurs bénignes est la sub-mandibulectomie avec évidement ganglionnaire triangulaire antérieur, intéressant les aires sous-mandibulaires et sous-mentales, sous-digastriques et sus-omo-hyoïdiennes. Le sacrifice des troncs nerveux, en cas d'envahissement, doit être conduit jusqu'à atteindre la portion saine. La radiothérapie post-opératoire est systématique.

7.3.3. Les tumeurs primitives de la glande sublinguale

Les tumeurs bénignes peuvent bénéficier d'une exérèse par voie endorale. Elle doit cependant être assez large. Les tumeurs malignes justifient une exérèse élargie avec évidement de la loge sous-mandibulaire. Une radiothérapie complémentaire est le plus souvent indiquée.

8. Pronostic d'un patient porteur d'une tumeur de la glande salivaire principale

8.1. Eléments de surveillance

Il n'existe pas de consensus concernant le rythme de la surveillance, un examen clinique régulier doit être pratiqué, et ce de manière prolongée. Certains auteurs préconisent une radiographie du thorax annuelle complétée si nécessaire par un scanner thoracique ^[36]. Les autres examens ne sont effectués qu'en cas de signe d'appel.

8.2. Facteurs pronostiques

Plusieurs facteurs peuvent influencer le pronostic des cancers :

8.2.1. Facteurs cliniques

8.2.1.1. Le stade TNM ^[49]

Le risque de récidive chez les patients N+ est 1.4 fois plus important que chez les N0. Il existe également une forte corrélation entre la présence d'un envahissement ganglionnaire et la survenue de métastases à distance, en particulier chez les patients classés N3a. Pour les métastases à distance, la survie des patients, présentant un carcinome parotidien, est étroitement liée à la survenue de métastases à distance.

8.2.1.2. Le sexe et l'âge ^[37; 14; 28; 43]

Le sexe constitue un facteur pronostique controversé. Le jeune âge semble être de bon pronostic.

8.2.1.3. Facteurs histologiques ^[81]

Il s'agit de :

- type histologique et grade : l'influence du grade et du type histologique en termes de pronostic semble faire l'unanimité. Plusieurs auteurs s'accordent à dire qu'il existe une corrélation entre le type histologique et l'évolution tumorale.
- limites chirurgicales : Ce sont un facteur de récidives locales, mais également une valeur pronostique en terme de survie.
- l'existence d'emboles vasculaires et d'engainements péri-nerveux : leur présence a été identifiée comme facteur pronostique en terme de survie et de récidives à distance.
-

8.3. Modalités pronostiques

8.3.1. Les tumeurs de la glande parotide

Les récidives locorégionales, tous types histologiques confondus, sont voisines de 40 % en cas d'association radio-chirurgicale, et de 60 % après chirurgie seule. Le pronostic des tumeurs malignes de la parotide 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 ne dépasse pas 50 % avec, pour les carcinomes indifférenciés une survie à 5 ans inférieure à 10 %.

Les cylindromes donnent beaucoup plus de métastases à distance que de récidives locorégionales. Elles peuvent se produire dans un délai relativement long. La survie, pour ce type histologique, s'établit à 72 % à 5 ans et 56 % à 10 ans. L'existence d'un envahissement tumoral périnerveux est l'élément pronostique essentiel. Des récidives peuvent se produire alors que l'exérèse tumorale a pu paraître suffisante [49].

8.3.2. Les tumeurs de la glande submandibulaire

Pour les tumeurs de la glande submandibulaire, 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 [56 ; 91]. Le pronostic des tumeurs malignes est fonction de l'existence ou non d'une extension en dehors des limites de la loge sous-mandibulaire.

Les cylindromes donnent beaucoup plus de métastases à distance que de récidives locorégionales [56]. Elles peuvent se produire dans un délai relativement long. La survie, pour ce type histologique, s'établit à 72 % à 5 ans et 56 % à 10 ans.

L'existence d'un envahissement tumoral périnerveux est l'élément pronostique essentiel. Des récidives peuvent se produire alors que l'exérèse tumorale a pu paraître suffisante.

8.3.3. Les tumeurs de la glande sublinguale

Les tumeurs sublinguales se caractérisent quant à elles par un taux de récidive important, en partie dû au caractère mal limité des lésions situées à ce niveau [33].

**DEUXIEME PARTIE :
NOTRE ETUDE**

1. CADRE D'ETUDE

1.1. Le Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor

Notre étude s'est déroulée dans le service d'Oto-rhino-laryngologie du Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor.

Cette structure hospitalière s'appuie sur un effectif de 278 agents de santé. Il s'agit d'un établissement public de santé de niveau 2 qui se compose de 20 services médico-chirurgicaux et technico-administratifs.

1.2. Le service d'ORL

Il s'appuie sur un personnel de 05 agents :

- 01 médecin ORL résident
- 01 technicien supérieur en ORL
- 01 infirmière d'Etat
- 01 aide-infirmière
- 01 secrétaire

1.3. Infrastructures

Les activités de soins et de consultation se déroulent dans une salle réservée aux consultations tandis que les patients opérés dans le bloc opératoire central sont hospitalisés dans le service de chirurgie viscérale.

Il s'agit du seul service d'ORL pour une population d'environ 500.000 habitants sans compter les patients venant des pays limitrophes notamment la Gambie et la Guinée-Bissau dans les systèmes de santé desquels cette prestation n'est pas proposée.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Type et durée de l'étude

Nous avons mené une étude rétrospective sur dossier de patients, dans le service d'ORL du Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor. L'étude s'était déroulée durant la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2016.

2.2. Critères d'inclusion

Dans notre étude était inclus, tout patient pris en charge pour tumeur primitive de glande salivaire principale au service d'ORL du CHRZ dans l'intervalle de temps sus-mentionnée.

2.3. Critères de non inclusion

Avaient été exclus tous les patients qui présentaient une tumeur de glande salivaire accessoire ou une tumeur secondaire de glande salivaire principale, de même que les tumeurs de voisinages.

2.4. Collecte et analyse des données

Une fiche d'enquête standardisée avait été confectionnée pour la collecte de données à partir des dossiers de malades. Les paramètres pris en compte dans l'étude concernaient :

- l'âge ;
- le sexe ;
- l'origine géographique ;
- l'histoire personnelle et familiale du patient;
- les éléments d'examens clinique et paraclinique ;
- l'attitude thérapeutique et ses résultats.

L'analyse des données a été effectuée à partir des micrologiciels Microsoft excell version 2015 et Epi info version 3.5.3.

3. RESULTATS

3.1. Incidence

Au total 23 cas ont été colligés durant une période de 06 ans, soit une incidence moyenne annuelle d'environ 04 cas. L'incidence la plus élevée était constatée durant les années 2014 et 2015.

Tableau I: Incidence de tumeurs primitives de glande salivaire principale au service d'ORL du CHR de Ziguinchor.

ANNEE	INCIDENCE (cas)
2011	3
2012	4
2013	2
2014	6
2015	6
2016	2
TOTAL	23

3.2. Sexe

On notait une prédominance féminine dans 52,17%. Ceci permettait d'avoir un sex-ratio de 0,91.

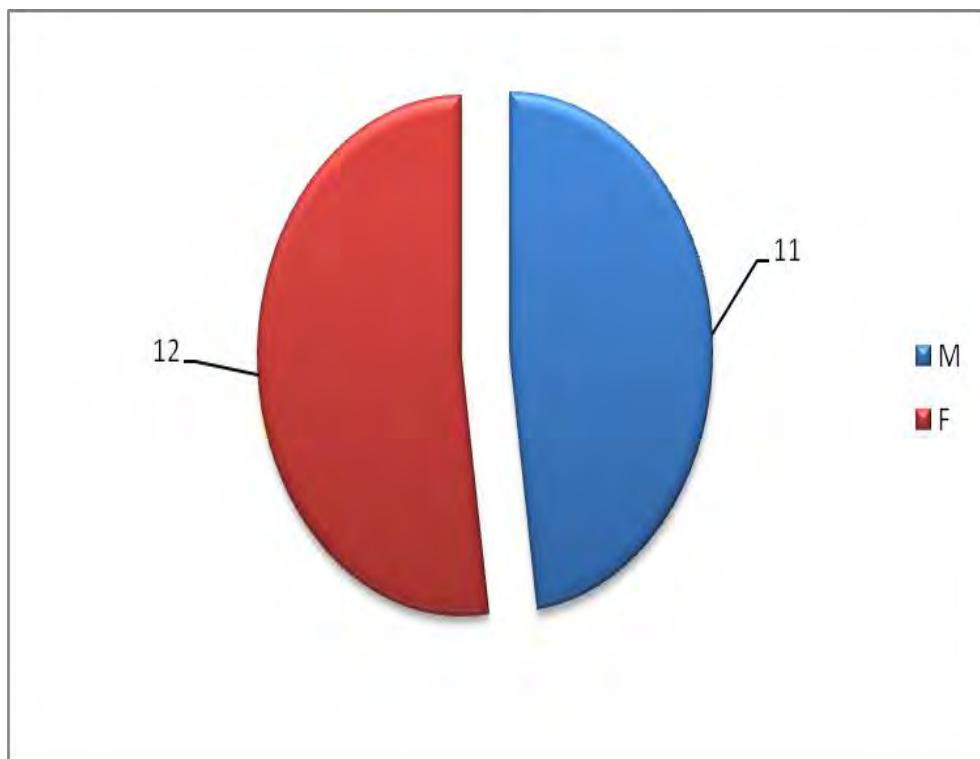


Figure 13 : Répartition selon leur sexe des patients pris en charge pour tumeur primitive de glande salivaire principale au service d'ORL du CHRZ.

3.3. Age

L'âge-moyen était de 38 ans avec des extrêmes de 8 et 77 ans. Un pic de fréquence était noté pour les 3^{ème} et 4^{ème} décades.

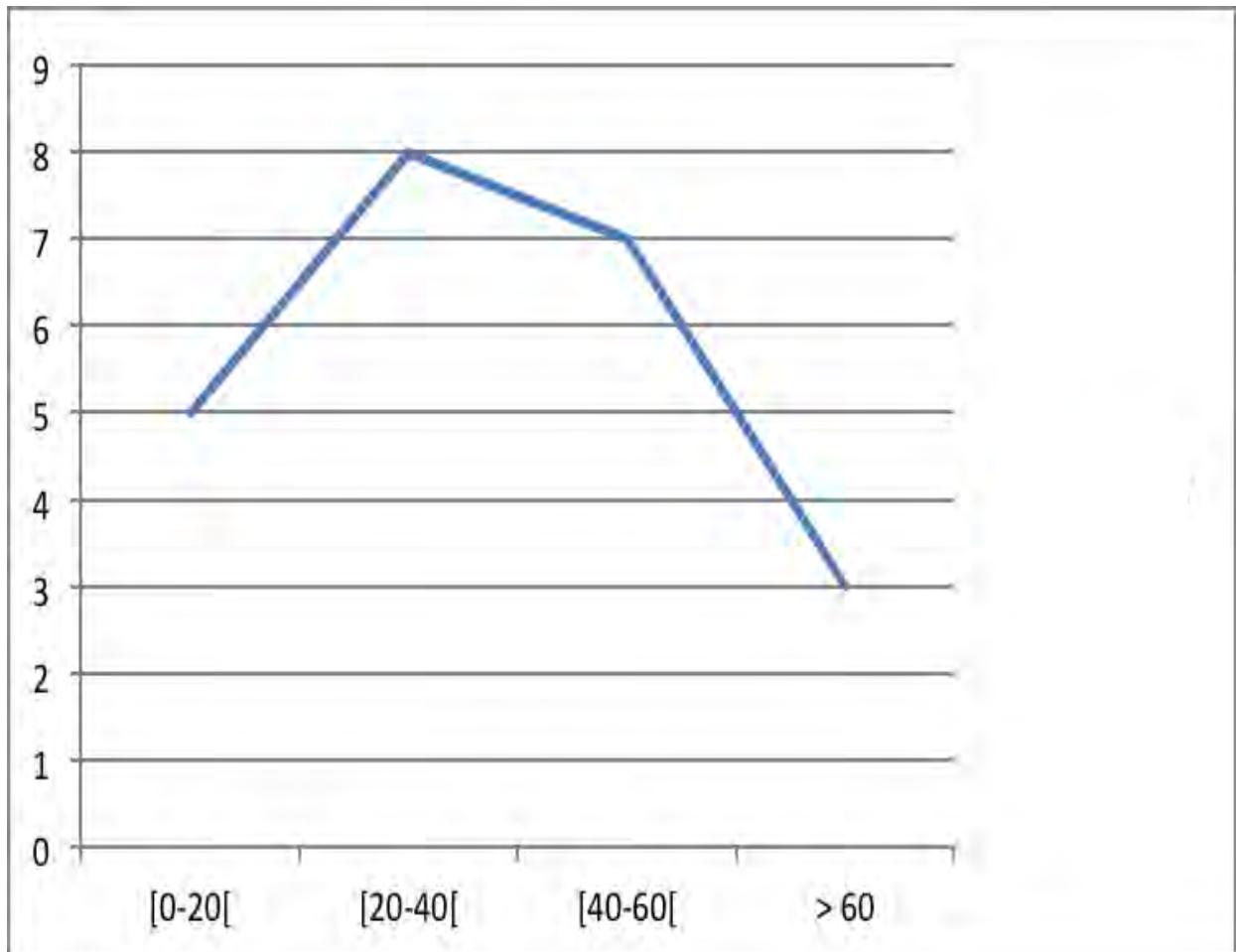


Figure 14: Répartition selon l'âge des patients pris en charge pour tumeur primitive de glande salivaire principale au service d'ORL du CHRZ.

3.4. Origine des patients

Nos patients étaient majoritairement originaires de la région de Ziguinchor (56,52%). Les régions voisines se répartissaient 26% de cas. Une proportion non négligeable de cas (17,39%) provenait de pays voisins notamment la Guinée-Bissau.

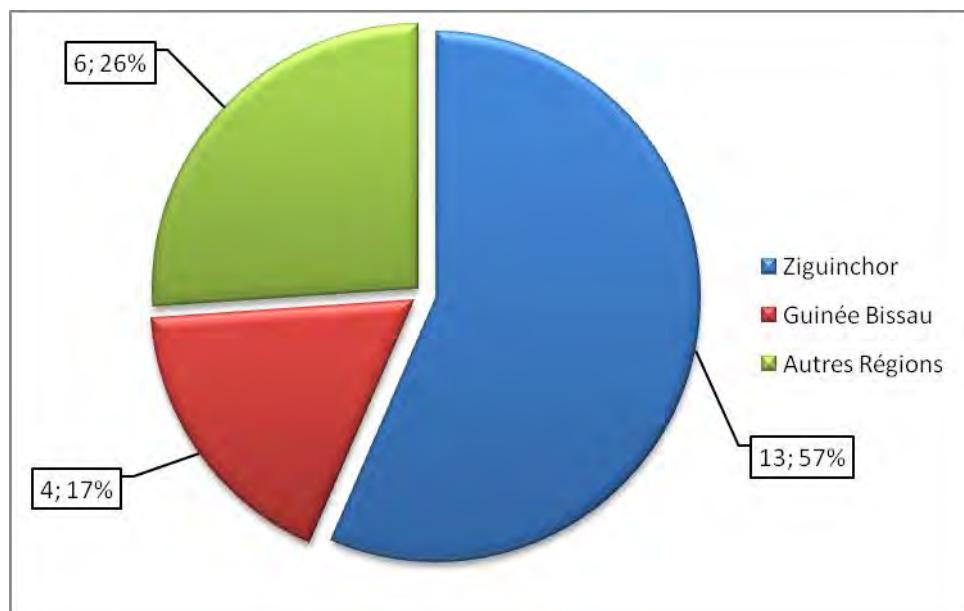


Figure 15: Répartition selon leur provenance des patients pris en charge pour tumeur primitive de glande salivaire principale au service d'ORL du CHRZ.

3.5. Le délai de consultation

Le délai de consultation était long ; 80 mois en moyenne avec des extrêmes de 4 mois et 20 ans.

3.6. La symptomatologie clinique

Quatre-vingt-seize pourcent des patients présentaient une masse qu'elle soit cervicale, faciale ou endobuccale au moment du diagnostic.

Aucun cas d'adénopathie n'était cliniquement palpable. Dans 4,3 % des cas, on retrouvait une paralysie faciale pré-opératoire.

3.7. Répartition topographique

La localisation prédominante était la glande parotide avec 65% de cas. Suivaient ensuite la glande sous-maxillaire et la glande sublinguale respectivement dans 31% et 04% de cas.

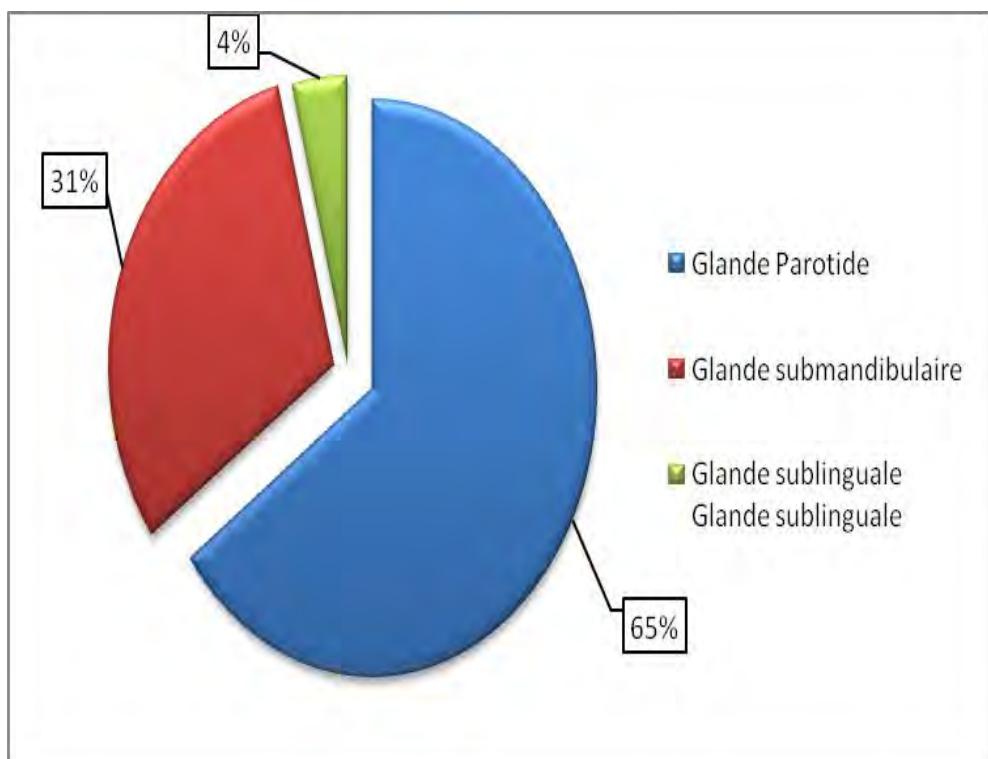


Figure 16: Répartition selon la localisation de la tumeur des patients pris en charge pour tumeur primitive de glande salivaire principale au service d'ORL du CHRZ.

3.8. Répartition selon la latéralité de la masse

Ces tumeurs primitives de glande salivaire principale, étaient localisées dans 60,86% à droite et dans 30,43% à gauche. Elles étaient bilatérales dans 8,71%.

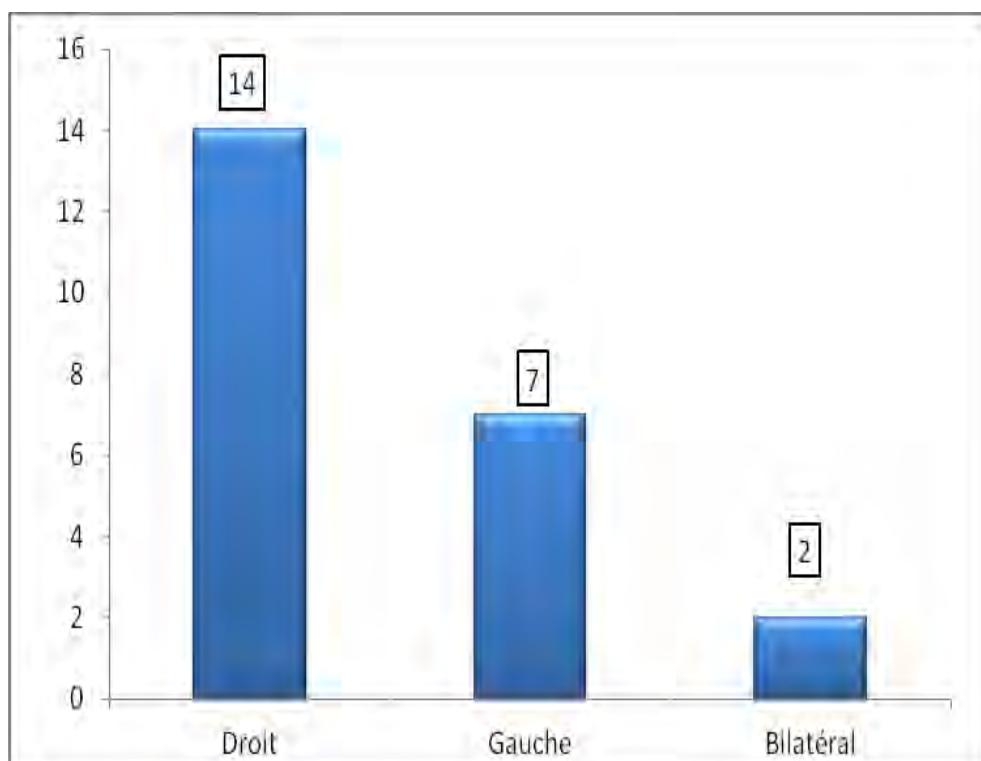


Figure 17 : Répartition des patients selon la latéralité de la masse des patients pris en charge pour tumeur primitive de glande salivaire principale au service d'ORL du CHRZ.

3.9. Topographie de la lésion selon le sexe des patients

Dans notre travail, les tumeurs de la glande parotide et submandibulaire survenaient plus volontiers chez les sujets de sexe féminin (respectivement 9/7 et 4/3). Le seul cas de tumeur de glande sublinguale était retrouvé chez un enfant de sexe masculin âgé de 08 ans.

Tableau II: Topographie et sexe des patients pris en charge pour tumeur primitive de glande salivaire principale au service d'ORL du CHRZ.

Topographie Sexe	Glande parotide	Glande submandibulaire	Glande sublinguale	Total
M	7	3	1	11
F	8	4	0	12
Total	15	7	1	23

3.10. EXPLORATION PREOPERATOIRE

3.10.1. Imagerie médicale

Dans le cadre des explorations complémentaires, 52,17% des patients avaient bénéficié d'une échographie. On n'avait réalisé dans aucun cas une TDM ou une IRM.

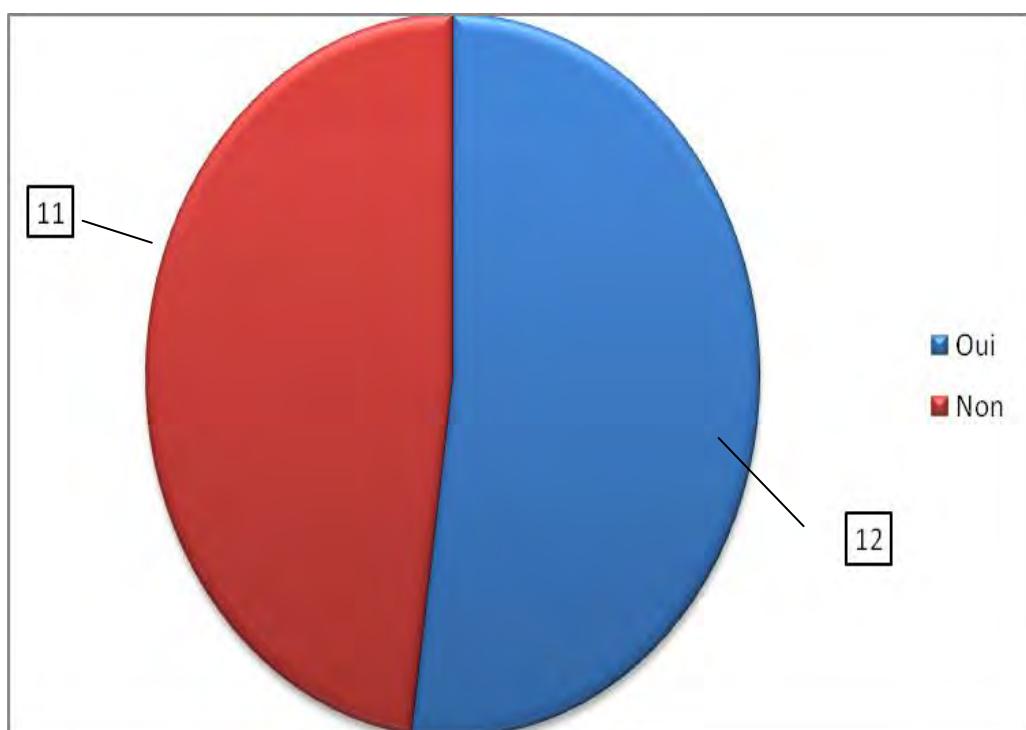


Figure 18: Réalisation de l'échographie cervicale chez les patients pris en charge pour tumeur primitive de glande salivaire principale au service d'ORL du CHRZ.

3.10.2. Anatomopathologie préopératoire

La cytoponction n'était pas faite chez nos patients.

La biopsie préopératoire n'avait été réalisée chez aucun de nos patients.

3.11. La chirurgie

Parmi les patients atteints de tumeur primitive de la glande parotidienne, avaient été réalisés dans 14 cas (87,5 %) une parotidectomie totale conservatrice, dans 1 cas (6,25%) un évidemment cervico-parotidien (6,25%) et dans 1 cas (6,25%) une parotidectomie latéro-faciale.

Tous les cas de tumeurs primitives de glande submandibulaire avaient fait l'objet d'une submandibulectomie. Il en était de même pour le cas de tumeur primitive de glande sublinguale qui avait bénéficié d'exérèse complète de la tumeur par voie endorale.

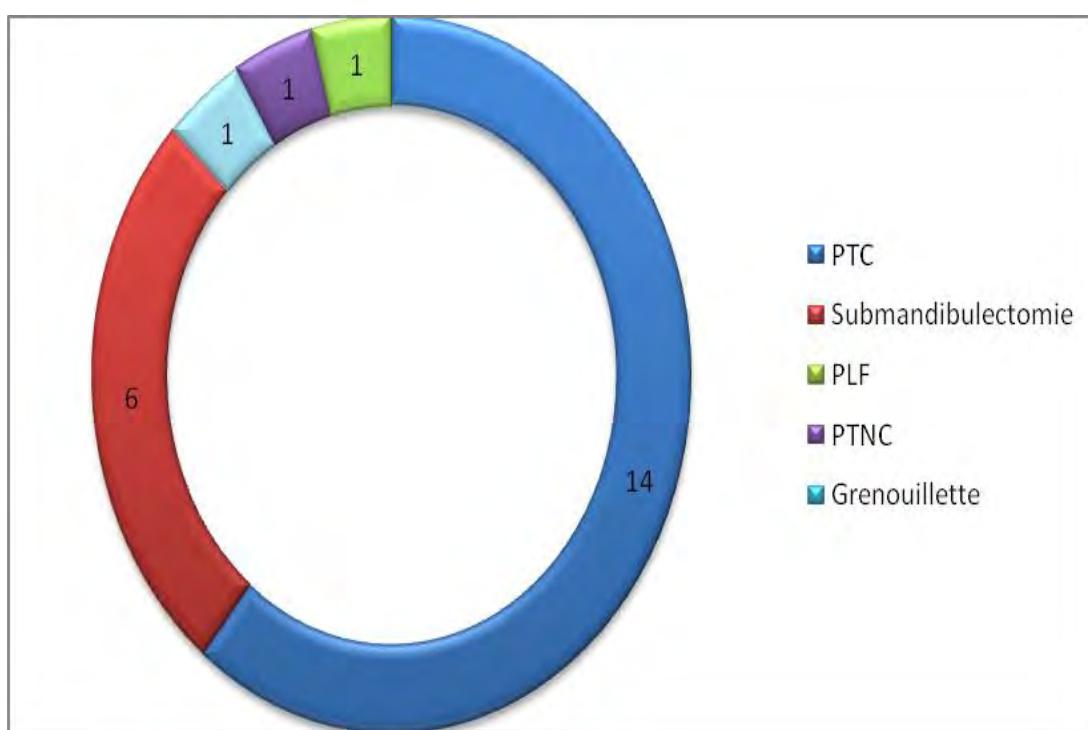


Figure 19: Répartition selon l'attitude thérapeutique des patients pris en charge pour tumeur primitive de glande salivaire principale au service d'ORL du CHRZ.

3.12. Complications post-opératoires

Il y avait 33,4% de complications comme le montre le tableau 5.

Tableau III: Répartition des complications post-opératoires chez les patients pris en charge pour tumeur primitive de glande salivaire principale au service d'ORL du CHRZ.

Type de complication	Nature	Effectif	%
Nerveuse	Syndrome de Frey	2	19
	Paralysie et parésie du VII	2	19
Tumorale	Récidives	1	4,8
Trophique	Nécrose cutanée	1	4,8
Vasculaire	Hématome loge submandibulaire	1	4,8

3.13. Séjour hospitalier

Dans notre étude, la majorité des patients soit 34,78% avaient été hospitalisé pendant 03 jours, avec des extrêmes allant de 1 à 12 jours d'hospitalisation.

3.14. L'histologie post-opératoire

Dans notre série, 17,39% des tumeurs étaient des adénomes pléomorphes. Il y avait 4,34% de cas de carcinome mucoépidermoïde. Soixante-neuf virgule cinquante six pourcent de tumeurs opérées n'avaient pas de résultats histologiques.

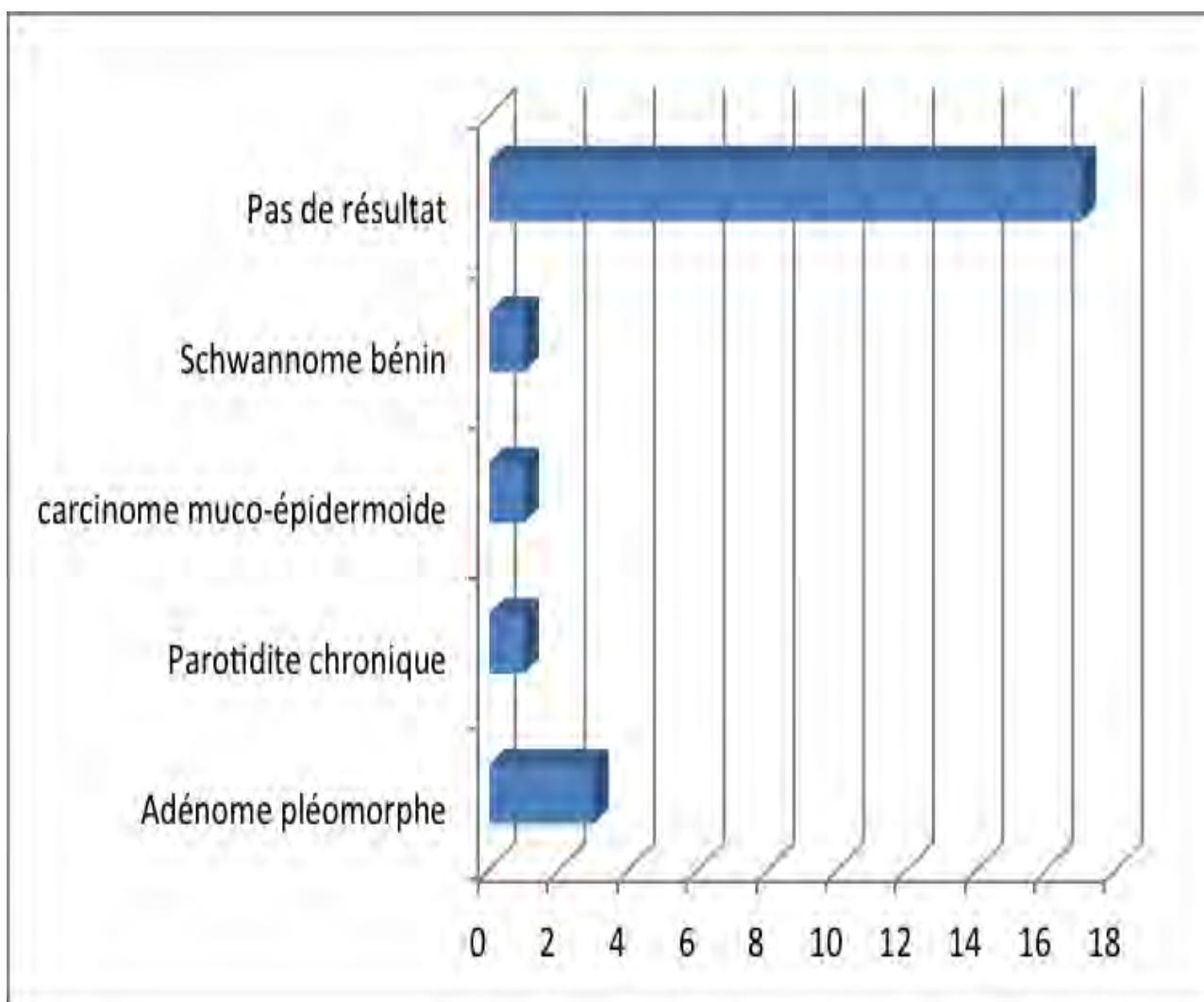


Figure 20: Répartition selon les résultats de l'anatomopathologie des tumeurs primitives de glande salivaire principale prises en charge au service d'ORL du CHRZ.

3.15. Nature de la tumeur et siège

Parmi les tumeurs analysées, on retrouvait 1 seul cas de tumeur maligne de la glande parotide. Une seule tumeur de glande submandibulaire avait été analysée et était bénigne.

Tableau IV: Répartition des tumeurs selon le type histologique et le siège anatomique des tumeurs primitives de glande salivaire principale prises en charge au service d'ORL du CHRZ.

Histologie	Adénome pléomorphe	Carcinome mucoépidermoïde	Parotidite chronique	Swannome bénin	Total
Siège					
Glande parotide	2	1	1	1	5
Glande submandibulaire	1	0	0	0	0
Glande sublinguale	0	0	0	0	0
Total	3	1	1	1	5

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre travail est une contribution à l'étude de la pathologie tumorale des glandes salivaires principales au Sénégal. La pathologie des glandes salivaires est relativement fréquente et leur prise bien codifiée.

4.1. Incidence

Dans notre série nous avons obtenu une incidence moyenne annuelle de 4 cas.

En Afrique de l'Ouest, Ouédraogo^[68] au Burkina-Faso, en 1999 retrouvait une incidence de 6 cas. Darré^[20] au Togo, lui retrouvait une incidence de 9 cas. Traoré^[88] pour sa part rapportait une incidence de 39 cas.

La disparité des incidences peut être expliquée par le service de prise en charge. En effet la prise en charge de ces tumeurs est commune aux chirurgiens maxillo- et cervico-faciaux. Dans nos pays, depuis la création de services de chirurgie maxillo-faciale, de moins en moins de cas de tumeurs de glande salivaire sont vus par des ORL.

4.2. Sexe

On note une faible prédominance féminine chez les patients porteurs de tumeur primitive de glande salivaire principale tous sièges confondus (12 femmes et 11 hommes).

Nos résultats sont similaires à ceux obtenus au Sénégal par Diop^[25] au Mali par Diombana^[24] dans une étude en 1996 et Traoré^[87] en 2011 qui ont respectivement obtenu un sex-ratio de 0,92 ; 0,93 et 0,90.

Cette prédominance féminine est sans doute due au fait que les femmes consultent plus souvent que les hommes en raison de la modification esthétique occasionnée par l'expression cervico-faciale de ces tumeurs.

4.3. Age

Les tumeurs des glandes salivaires principales intéressent toutes les tranches d'âge (extrêmes de 8 et 77 ans dans notre étude). Elles sont plus fréquentes dans la population adulte jeune avec un pic de fréquence entre 20 et 59 ans et un âge-moyen de 38 ans dans notre série. Ces résultats trouvent une concordance à travers d'autres travaux.

En 1975, Diop ^[25] avait obtenu une moyenne d'âge de 37,87ans et la participation de toutes les tranches d'âge. Hors du Sénégal, Darré ^[20] et Traoré ^[88] retrouvaient des moyennes d'âge respectives de 36 et 40,42 ans.

4.4. Provenance des patients

Dans 17,39 % des cas, les patients venaient de la République de Guinée-Bissau. Ceci peut s'expliquer par le manque de spécialistes ORL ou maxillo-facial dans ce pays. Cet afflux de cas étrangers non seulement pour les tumeurs primitives de glande salivaire principale mais pour toutes les affections ORL et maxillo-faciales augmente considérablement la demande pour le seul service de la région. Ceci souligne l'impact de l'insuffisance en personnel qualifié et infrastructures dans le système de soins dans les régions reculées.

4.5. Délai de consultation

Le délai moyen de consultation dans notre série était de 80 mois. Cette moyenne est similaire à celles obtenues par Diop ^[25] au Sénégal soit 84 mois. Ouédraogo ^[68] au Burkina et Fassih ^[30] au Maroc avaient obtenu respectivement 41 et 44 mois.

Ce retard à la consultation dans notre milieu d'exercice peut trouver son explication à travers trois raisons.

D'abord nos patients sont en majorité des cultivateurs, des pêcheurs ou des éleveurs. Leur niveau d'instruction et leurs sources de revenus sont bas. Ensuite, les tumeurs de glande salivaire principale hormis les tumeurs à développement foudroyant sont caractérisées par leur mode d'installation insidieux et indolent

qui ne gêne pas les patients dans l'exécution des tâches quotidiennes. Enfin, pour des raisons de facilité d'accès et de croyance, ces patients sollicitent en premier lieu les soins du tradipraticien.

4.6. La symptomatologie clinique

La tuméfaction était le principal motif de consultation 89,6%. Il s'agit là de l'expression clinique la plus classique de ces tumeurs. Bien souvent, elle est décrite comme un bouton, évoluant le plus souvent sur plusieurs années n'occasionnant aucun gène pour le malade qui finit par s'en accommoder. Ce n'est qu'à l'occasion d'une poussée évolutive en l'occurrence une augmentation rapide de volume, une apparition de phénomènes douloureux ou d'une paralysie faciale présageant d'une malignité que le malade consulte.

C'est ainsi que dans notre étude 4,3 % de patients souffraient d'une paralysie faciale préopératoire comme le retrouvent plusieurs auteurs dans leurs travaux [1 ; 30 ; 54 ; 55 ; 65].

4.7. Répartition topographique des cas

L'atteinte des glandes salivaires principales prédomine dans la pathologie tumorale des glandes salivaires. Les tumeurs parotidiennes représentaient dans notre série 65%, suivies des tumeurs submandibulaires (31%). Les tumeurs de la sublinguale étaient relativement moins fréquentes avec seulement 4%.

Ces résultats sont semblables à ceux obtenus par plusieurs auteurs. Diombana^[24] rapportait 65% de tumeurs localisées à la glande parotide et 20% à la glande sous-maxillaire. Ouédraogo^[68] situait la fréquence de ces localisations respectivement dans 55,91% et 32,26%. Fassih^[30] dans son étude retrouvait 81% de localisations parotidiennes et 10% de localisations submandibulaires. Aux Etats-Unis d'Amérique Bell^[7] dénombrait 51,21 % de cas de localisation à la glande parotide, 9,75% de tumeurs submandibulaires et 7,31% de cas de localisation sublinguale.

La fréquence de survenue de tumeurs de glande salivaire principale semble proportionnelle à la taille de la glande.

4.8. Corrélation de la topographie de la lésion au sexe des patients

Dans notre étude quelque soit la localisation de la tumeur, le sexe féminin prédominait sauf pour l'unique cas de tumeur de la glande sublinguale. Ce sont les mêmes résultats auxquels a abouti Friedrich [35].

Concernant la localisation parotidienne, cette prédominance est nette (8/15). Dans certaines études les tumeurs de la parotide sont de loin les plus fréquentes chez la femme [25 ; 27 ; 30 ; 68 ; 79 ; 80 ; 83 ; 87]. D'autres auteurs rapportent à l'opposé une prédominance masculine [1 ; 13 ; 46 ; 54 ; 55 ; 75]. Pour d'autres auteurs encore le sexe serait indifférent [20].

Au niveau de la glande submandibulaire aussi cette prédominance féminine était retrouvée par Alves [2], Sy [85], Oumaidi [69], et Pegbessou [71] dans leurs études respectives.

Cette prépondérance de tumeurs chez les patients de sexe féminin pourrait peut-être trouver une explication à travers des phénomènes hormonaux.

4.9. Exploration préopératoire

4.9.1. Imagerie médicale

L'échographie cervicale était réalisée dans 52,17% des cas dans notre série. Fassih et Maknassi [30 ; 55] rapportaient la réalisation d'une échographie respectivement dans 74,7% et 66% des leurs séries. D'autres séries dénombraient 100% de réalisation de l'échographie [1 ; 13 ; 27 ; 46 ; 54 ; 69 ; 87].

Dans notre série, le pourcentage de cas n'ayant réalisé aucun examen morphologique complémentaire pourrait être rattaché à des arguments financiers (manque de moyens financiers) ou matériels (un seul appareil d'échographie que se partagent les services de radiologie et cardiologie) ou encore humains (un

seul radiologue pour l'échographie, la radiologie et le scanner). Notons qu'un examen clinique minutieux de ces tumeurs permet d'avoir une orientation sur leur caractère et leur opérabilité. La radiographie, l'échographie ou le scanner interviennent surtout dans le bilan d'extension. Quant à l'IRM elle garde un intérêt dans la détection de récidives [13 ; 55 ; 69 ; 87].

4.10. La chirurgie

Exception faite des tumeurs malignes dépassées, les tumeurs primitives des glandes salivaires principales sont opérables à l'image de notre série où 100% des patients ont bénéficié d'une intervention chirurgicale. La majorité des auteurs adopte la même attitude thérapeutique dans leurs travaux : exérèse précoce guidée par une dissection patiente et soigneuse. C'est le cas pour Anderson [3], Alves [2], Diom [23], Diombana [24], Sène [79], Oumaidi [69], Pegbessou [71], Sy [85], Touati [87] et Traoré [88].

Concernant les tumeurs de la glande parotide, dans 60,86% des cas une parotidectomie totale conservatrice avait été réalisée. Klintworth [47] en Amérique rapportait que 100% de ses patients avaient bénéficié d'une parotidectomie exofaciale.

L'exérèse complète de la glande parotide est au fil des années devenue consensuelle dans notre pratique quotidienne [13 ; 23 ; 25 ; 26 ; 79]. Cette attitude maximaliste non dénuée de complications se justifie dans nos pays où ne sont pas toujours disponibles la cytoponction ou l'examen extemporané et que les malades sont souvent perdus de vue après la prise en charge initiale.

Dans un cas, un évidemment cervico-parotidien droit avait été réalisé. C'était dans le cadre d'une tumeur manifestement maligne avec des caractères cliniques classiques: paralysie faciale, douleur, ulcération cutanée saignant au contact.

4.11. Complications post-opératoires

Notre série comportait 19% de complications nerveuses. Dans la chirurgie des glandes salivaires principales notamment de la glande parotide, l'objectif du chirurgien est double.

En se livrant à la délicate tâche de dissection, il se doit bien entendu de faire l'exérèse aussi complète que possible du tissu glandulaire mais aussi et surtout de préserver au mieux le très précieux nerf facial et ses branches. Ces atteintes nerveuses dans la majorité des cas sont communes à toute parotidectomie totale [25 ; 26 ; 79 ; 86].

Les autres complications essentiellement hémorragiques sont moins fréquentes et sont l'apanage de la glande sous-maxillaire [47 ; 85].

4.12. L'histologie post-opératoire

Dans notre série, 69,56% de pièces opératoires n'avaient pas été étudiées sur le plan histologique. Paradoxalement Sy [85], Sène [79] et Darré [20] dans leurs travaux précisent les résultats de tous leurs patients. Ces auteurs installés dans les centres de prise en charge des capitales de leurs pays respectifs disposent d'un service d'anatomopathologie.

Ce n'est pas le cas dans les régions reculées notamment dans la nôtre où nous ne disposons ni de service d'anatomopathologie ni de spécialiste. Après l'intervention chirurgicale, la pièce est conditionnée et doit être acheminée par le patient ou ses proches sur Dakar pour analyse. Bien souvent, pour des raisons de moyens ou d'ignorance l'importance que revêt cette étape est négligée par le patient et la pièce est perdue ou non déposée.

4.13. Répartition histologique des tumeurs des glandes salivaires

Parmi les pièces analysées, les tumeurs bénignes représentaient 21,73% des cas et les tumeurs malignes 4,34%.

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que les tumeurs primitives de glande salivaire principale sont le plus souvent bénignes [20 ; 25 ; 30 ; 68 ; 85 ; 79].

Parmi ces tumeurs primitives, l'adénome pléomorphe demeure le plus fréquemment retrouvé dans plusieurs études dans des proportions variables [20 ; 25 ; 29 ; 30 ; 68 ; 79 ; 85]. Concernant les tumeurs malignes il s'agit le plus souvent de carcinome mucoépidermoïde [26 ; 29 ; 55 ; 79 ; 83 ; 85].

4.14. Nature de la tumeur et siège

Du point de vue anatomique, une lecture de la littérature laisse à penser que la fréquence de tumeurs malignes serait inversement proportionnelle à la taille de la glande [25 ; 68 ; 81 ; 88]. Cette constatation ne peut être vérifiée dans notre série compte-tenu de faible nombre de résultats histologiques dont nous disposons.

CONCLUSION

CONCLUSION

Les tumeurs primitives des glandes salivaires principales sont des néoformations bénignes ou malignes, primitives développées aux dépens de la glande parotide, la glande submandibulaire ou la glande sublinguale.

L'objectif de notre travail était de rapporter l'expérience de la prise en charge de ces tumeurs dans un centre éloigné de la capitale et d'en évaluer les résultats.

Nous avons dans cet ordre d'idées mené une étude rétrospective sur dossiers de patients portant sur les tumeurs primitives des glandes salivaires principales sur une période de 06 ans (janvier 2011 à décembre 2016).

Cette étude nous a permis d'obtenir les résultats suivants. Au total 23 cas avaient été colligés, soit une incidence moyenne annuelle d'environ 04 cas. L'incidence la plus élevée était constatée durant les années 2014 et 2015. On notait une prédominance féminine dans 52,17%. Le sex-ratio était de 0,91. L'âge-moyen était de 38 ans avec des extrêmes de 8 et 77ans. Un pic de fréquence était noté pour les 3^{ème} et 4^{ème} décades. Nos patients étaient majoritairement originaires de la région de Ziguinchor (56,52%). Les régions voisines se répartissaient 26% des cas. Une proportion non négligeable de cas (17,39%) provenait de pays voisins notamment la Guinée-Bissau.

Le délai de consultation était long ; 80 mois en moyenne avec des extrêmes de 4 mois et 20 ans.

Quatre-vingt-seize pourcent des patients présentaient une masse, qu'elle soit cervicale, faciale ou endobuccale au moment du diagnostic. Aucun cas d'adénopathie n'était cliniquement palpable. Dans 4,3 % des cas, on retrouvait une paralysie faciale pré-opératoire.

La localisation prédominante était la glande parotide avec 65% de cas. Suivaient ensuite la glande sous-maxillaire et la glande sublinguale

respectivement dans 31% et 04% de cas. Ces tumeurs étaient latéralisées dans 60,86% à droite et dans 30,43% à gauche. Elles étaient bilatérales dans 8,71%.

Dans notre travail, les tumeurs de la glande parotide et submandibulaire survenaient plus volontiers chez les sujets de sexe féminin respectivement 53,3% pour la glande parotide et 57,14% pour la glande submandibulaire. Le seul cas de tumeur de glande sublinguale était retrouvé chez un enfant de sexe masculin âgé de 08 ans. Dans le cadre des explorations préopératoires, 52,17% des patients avaient bénéficié d'une échographie. On n'avait réalisé dans aucun cas une TDM ou une IRM. La cytoponction ou la biopsie préopératoire n'avait été réalisée chez aucun de nos patients.

Parmi les patients atteints de tumeur primitive de la glande parotidienne, avaient été réalisés dans 14 cas (87,5 %) une parotidectomie totale conservatrice, dans 1 cas (6,25%) un évidement cervico-parotidien et dans 1 cas (6,25%) une parotidectomie latéro-faciale.

Tous les cas de tumeur primitive de glande submandibulaire avaient fait l'objet d'une submandibulectomie. Il en était de même pour le seul cas de tumeur primitive de glande sublinguale qui avait bénéficié d'exérèse complète de la tumeur par voie endorale.

Au décours de la prise en charge, 33,4% des patients avaient présenté une complication. Elle était d'ordre nerveux dans 19% des cas, tumoral dans 4,8% des cas, trophique dans 4,8% des cas et vasculaire dans 4,8% des cas.

La plupart de nos patients soit 34,78% avait bénéficié d'une hospitalisation de trois jours, avec des extrêmes allant d'une journée à 12 jours. Dans notre série 79,56% de tumeurs opérées n'avaient pas de résultat histologique. Parmi les pièces analysées on retrouvait 17,39% de cas d'adénome pléomorphe et 4,34% de cas de carcinome mucoépidermoïde.

Les tumeurs primitives de glande salivaire principale sont relativement moins fréquentes dans notre milieu d'exercice. Leur prise en charge bénéficie depuis la

maîtrise de l'anesthésie et l'essor de la chirurgie cervicale et maxillo-faciale d'une amélioration pronostique. Cependant dans les pays en voie de développement et notamment dans leurs régions reculées, le plateau technique, la formation du personnel ne sont pas toujours en adéquation avec les principes de prise en charge. C'est ce qui offre de voir encore des patients porteurs de volumineuses tumeurs avec une modification esthétique.

Ce travail nous a permis de constater que les tumeurs primitives de glande salivaire principale à Ziguinchor revêtent les mêmes caractéristiques épidémiologiques que celles de la littérature. Malgré les moyens limités, la prise en charge a révélé de bons résultats. Néanmoins, il reste à fournir des efforts.

Ainsi afin d'améliorer les conditions de prise en charge des tumeurs primitives de glande salivaire principale nous formulons des recommandations :

❖ A l'endroit des patients :

- consulter le plus tôt possible le médecin devant la constatation d'une masse sous la mandibule, l'oreille ou la langue ;
- ne pas négliger l'importance que revêt l'analyse histologique de la pièce une fois retirée de l'organisme
- respecter leur rendez-vous auprès du médecin traitant.

❖ A l'endroit du personnel médical :

- Orienter les patients vers un ORL ou un stomatologue devant toute masse développée dans la région d'une glande salivaire principale;

❖ A l'endroit des autorités :

- Renforcer le plateau technique des structures de santé en zone reculée ;
- Mettre en place dans chaque région du Sénégal une unité d'anatomo-cytopathologie fonctionnelle ;

- Encourager et promouvoir la formation de spécialistes ORL, Stomatologistes, Radiologues et anatomo-cytopathologistes ;
- Organiser des séances de sensibilisation destinées aux populations afin de les informer sur la pathologie des glandes salivaires et les offres de soin disponibles dans les structures hospitalières de leur région.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **AKKARI K, CNHITIR S, MARDASSI A, SETHOM A.** Les tumeurs parotidiennes. A propos de 43 cas. Journal tunisienne d'ORL et de chirurgie cervico-faciale. 2007; (18):29 – 33.
2. **ALVES FA, PEREZ DEC, ALMEIDA OP, et al.** Pleomorphic adenoma of the submandibular gland. Clinic pathological and Immunohistochemical feature of 60 cases in Brazil. Arch otolaryngology Head Neck Surg. 2002;128 (12): 1400-1403.
3. **ANDERSON C, MULLER R, PIORKOWSKI R, KNIBBS DR, VIGNOTI P.** Intraductal carcinoma of major salivary gland cancer. 1992;(69): 609-614.
4. **BAPTISTA PM, GIMENO VILAR C, REY MARTINEZ JA et al.** Sialendoscopy: a new alternative for the treatment of salivary pathology. Our experience. Acta otorrinolaringol, 2008; 59 (3):120-123.
5. **BATSAKIS JC, EL NAGGAR AK** Sebaceous lesion of salivary gland and oral cavity. Ann Otol Rhino Laryngo., 1990; 99 : 416-418.
6. **BECERNIL RPB.** Histology of submandibular gland tumours, 10 years Experience. Acta otorrinolaringol, 2011; (62): 432-5.
7. **BELL RB et al.** Malignant Salivary Gland Tumors. American Association of oral and maxillofacial Surgeous. 2005; (63): 917-928.
8. **BERNIER P, HALIMI P, TROTOUX J.** Imagerie des glandes salivaires. In: Trotoux J, Halimi P, editors. L'imagerie moderne en ORL. Paris: Arnette.1994;393-417.
9. **BIRAUD G, LANG V.** Les Pathologies Salivaires : données actuelles. Thèse médecine, Nantes, 2009 ; 33 :296 pages.
10. **BONFILS P.** Tumeurs des glandes salivaires. EMC Oto-rhino-laryngologie, 20-628-B-10, 2007.
11. **BONFILS P, CHEVALIERS JM.** Anatomie ORL, 3^e Edition Flammarion Médecine sciences Paris.1999 : 261-273.
12. **BOSCO LBJ, BRUNNER PBM, GONZAGA G. et al.** Etude des rapports anatomiques entre les nerfs faciaux et la glande parotide. Annales françaises

d'otorhinolaryngologie et de pathologie cervico-faciales. 2012 ; 129(4): 395-410.

13. BOUGHACHICHE E, MANSOURI MT, OULD SLIMAN H. et al. Les tumeurs parotidiennes: expériences du service. 5^e Congrès de SAONOL .2015 ; 15p.
14. BOUREZGUI H, BOURHALEB Z, MAZOUZI A. et al. Les cancers de la parotide. A propos de 70 cas. Centre d'oncologie Ibn -Rochd, Casablanca. 2005 ; (31) : 44-57.
15. BOURJAT P, KAHN JL. Imagerie des glandes salivaires. EMC 31-677-A-10, 2002, 9p.
16. CARILLO R, RODRIGUEZ-PERALTO JL, BATSAKIS JG, EL NAGGAR AK. Primary hemangiopericytomas of the parotid gland. J. Laryngol otol. 1992 ;(106) : 659-661.
17. CHOMETTE G, AURIOL M, VAILLANT JM. Basaloid carcinoma of salivary gland, a variety of undifferentiated adenocarcinoma. Pathol, 1991;(163) : 39-45.
18. CHOSSEGROS C, GUYOT L, ALESSI G. Lithiases salivaires EMC stomatologie, 222057 A 15 ; 2006, 4.
19. CHOW TL, CHAN TTF, CHOI CH. et al. Kuttner's tumour (chronic sclerosing sialadenitis) of the submandibular gland: a clinical prospective. Hong Kong Med J, 2008; 14 (1): 46-49.
20. DARRE T. Profil histoépidémiologiques des tumeurs des glandes salivaires au Togo : à propos de 180 cas. Revue Africaine de Pathologie. 2009 ; 8 (2) : 19-23.
21. DEHESDIN D, VINEL V. Chirurgie de la glande sous-mandibulaire. Chirurgie de la glande sublinguale. EMC techniques Chirurgicales- Tête et cou, 46 520, 2000 : 9p.
22. DEQUANTER D, LOTHAIRE P, ANDRY G. Les tumeurs malignes secondaires de la parotide. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac, 2005; (122) :18-20.

- 23. DIOM ES, THIAM A, NDIAYE M. ET al.** Profil des tumeurs de la glande parotide: expérience sur 93 cas colligés en 16 cas. Annales françaises d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale : 2015 ; (132) : 9-12.
- 24. DIOMBANA M, AG M. et al.** Fréquence des tumeurs des glandes salivaires dans le service de stomatologie de l'Hôpital de Kati. Mali Médical .1995 ;(10) :1-2.
- 25. DIOP E.M.** Tumeurs mixtes des glandes salivaires au Sénégal . aspects cliniques et thérapeutiques a propos de 51 observations. Th médecine Dakar, 17 .1975 :93p.
- 26. DIOP EM, NDIAYE LC, DIOUF R, DIOP L.S.** Bilan de 40 Parotidectomies. Dakar Med, 1983 ; (28) : 673- 683.
- 27. DOUMBIA-SINGARE K, TIMBO SK, GUINDO B. et al.** Les tumeurs de la parotide et leur prise en charge : expérience de 05 ans au CHU Gabriel Touré de Bamako. Revue CAMES SANTE. 2015 ; 3 (1) : 34-37.
- 28. DURBEC M.** Recommandation de la SFORL, Bilan d'extension et Principes d'exérèse des tumeurs de la face et du cou. Annales françaises d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale. 2014 ; (131) : 360-369.
- 29. ELLIES M, SCHAFFRANIEZ F, ARGLEBE C, LASKAWI R.** Tumors of the Salivary Gland in childhood and adolescence. J . Oral Maxillofacial Surg .2006; (64): 1049-1058.
- 30. FASSIH M, LALYA I, ABADA A, et al.** Les tumeurs parotidiennes : Etude épidémiologique et apport de l'imagerie dans le diagnostic. Revue marocaine du cancer. 2010 ; (4) : 45-50.
- 31. FERLITO A, BALDAN M, ANDRETTA M. et al.** Implantation of parotid pleomorphic adenoma in the upper neck. ORL.1991; (53) : 165-176.
- 32. FIRAT MM, IYRIBOZ TA, MARSOT-DUPUCH K.** Echography of the parotid gland. Article in Annales de radiologie.1991 ; 34 (1-2) : 118-121.

- 33. FONTANEL JP, POITOUT F, KLOSSEK JM.** Tumeurs des glandes salivaires. Traité d'otorhinolaryngologie. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS.1995: 20-628-B-10.
- 34. FOOTE FW, FRAZELL EL.** Tumors of the major salivary glands. *Cancer*, 1953; (6): 1065-113.
- 35. FRIEDRICH RE.** et al: Pleomorphic Adenoma of Salivary Glands: Analysis of 94 patients. *Anticancer Research*. 2005 ;(25): 1703-1706.
- 36. GALLO LUBSEN H, RASCH CR, LEVENDAG PC.** et al. The rôle of radiotherapy in the treatment of malignant salivary gland tumors. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2005;(61) :103 11.
- 37. GEHANNO P, GUERRIER B, PESSEY JJ, ZANARET M.** Les tumeurs de la parotide. Monographie du CCA groupe, Paris. 2003; 95(6) : 395-410.
- 38. GORQUET B, BROUSSET P, MAZERROLLES C, DUGA I, ALARD C.** Histopathologie des tumeurs des glandes salivaires principales. Actualités de carcinologie cervico-faciales. Masson Paris. 1990: 1-5.
- 39. GOUDOT P. ET COLL.** Tumeurs des glandes salivaires principales et accessoires. Etude statistique sur 1038 tumeurs des glandes salivaires. Actualité de carcinologie cervico-faciale Masson, Paris, 1990 : p43.
- 40. GREGORIE ET OBERLIN.** Précis d'Anatomie: EM inter/lavosier Paris :2004. In les Pathologies Salivaires : données actuelles, Biraud G et Lang V, thèse n33 2009.
- 41. HALIMI P, GARDNER M, PETIT F.** Les tumeurs des glandes salivaires. *Cancer Radiotherapy*. 2005; (9): 251-260.
- 42. HOWLETT DC.** High resolution ultrasound assessment of the parotid gland. *Br J Radiol*, 2003; (76) : 271-277.
- 43. JEANNON JP, CALMAN F, GLEESON M.** et al. Management of advanced parotid cancer. A systematic review. *Eur J Surg Oncol*. 2008 ; (28):130-133.
- 44. KARLAN MS, SNYBER WH** Salivary gland tumors and sialadenitis in children. *Calif Med*.1968 ; (108) : 423-429.

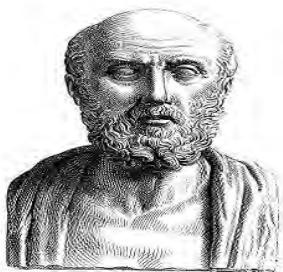
- 45. KATZ P.** Intérêt de l'échographie en pathologie salivaire. *J Radiol.* 1991 ; (72) : 271-277.
- 46. KHAMASSI K, DHAOUADI A, LAHIANI R.** et al. Les tumeurs bénignes de la parotide. *Journal tunisien ORL.* 2014 ; (31) : 7-12.
- 47. KLINTWORTH N, ZENK J, KOCH M.** et al. Post-operative complications after extracapsular dissection of benign parotid lesion with particular reference to facial nerve function. *Laryngoscope.* 2010 ; (120): 484-490.
- 48. KOSTPOLOUS I.S, DANILIS J, VELEGATIS G, PAPADIMITRIOU C.S.** Chondroma of parotide gland. Clinical, histological and immunohistochemical. *Laryngo Rhino Otol.* 1993 ; (72) : 261-263.
- 49. KRITE AM.** Les tumeurs de la glande parotide (à propos de 45 cas). *Th Médecine.* 2015; n 15 : 152 p.
- 50. LAUDENBACH P.** Glandes salivaires. Notions fondamentales et explorations. *EMC Stomatologie.* 22057 A 10, 7-1987, p 16.
- 51. LEROUX-ROBERT J, DE BRUX J.** Histopathologie ORL et cervico-faciale. In « Glandes salivaires ». Masson, Paris, **1976** ; pp 105-155.
- 52. LOMAX-SMITH JD, AZZOPARDI JC.** The hyaline cell: a distinctive feature of <<mixed>> salivary tumors. *Histopathology.* 1978; (2) : 77-92.
- 53. LUNA MA, TORTOLEDO ME, ORDONNEZ NG.** Primary sarcomas of the major salivary glands. *Arth Oto laryngol Head Neck surg.* 1991; (117): 302-306.
- 54. MAAMOURI M, BEN HAMOUDA R, MANSOUR S.** et al. Les tumeurs parotidiennes. *Journal Tunisien d'ORL.* Décembre 2010 ; (25) : 42-47.
- 55. MAKNASSI SH.** Les cancers de la parotide (à propos de 30 cas). Université Sidi Mohamed Ben Abdellah (Fes) Maroc. Thèse med. 2016 ; n200 :144 pages.
- 56. MALKA G, TROST O, DANINO A, TROUILLOUD P.** Anatomie chirurgicale de la loge submandibulaire. *EMC, Stomatol.* 22, 001-B.15, 2005, Médecine buckle, 28-040-M.10, 2008.

- 57. MARKS SC.** Surgical Management. Hematol Oncol Clin North Am.1999; 13(4): 655-78.
- 58. MARSOT-DUPUSH K, KATZ P, MAULAT I.** et al. Imagerie des glandes salivaires. EMC Radiodiagnostic-Appareil digestif . 33-020-A-10, 2003, 24p.
- 59. MICHEAU C.** Les tumeurs de la parotide chez l'adulte (anatomopathologie). Lett ORL chir. Cervico-faciale. 1988 ; (68) : 4-14.
- 60. MICHEAU C.** Les tumeurs de la région parotidienne. In : Gaillard J, Gandon J et coll. Eds << path. Med et chir. de la région parotidienne >>, Arnette, Paris. 1981: 152-188.
- 61. MONGIARDO FD, JEWFIK JL.** Kaposi's sarcoma of intraparotid lymph nodes in AIDS. J.Oto laryngol. 1991; (20): 262-266
- 62. MONK JS, CHURCH JS** Warthin's Tumor. Arch Otolaryngol Head Neck Surg.1992 ; (118) : 477-478.
- 63. MOTOORI K, YAMAMOTO S, UEDA T, NAKANO K, MUTO T, NAGAI Y,** et al. Inter- and intratumoral variability in magnetic resonance imaging of pleomorphic adenoma: an attempt to interpret the variable magnetic resonance findings. J Comput Assist Tomogr. 2004; (28): 233-46.
- 64. MOTOORI K, IIDAY, NAGAIY, YAMAMOTO S, UEDA T, FUNATSU H,** et al. MR imaging of salivary duct carcinoma. Am J Neuroradiol. 2005; (26): 1201-6.
- 65. NAEEM SA.** et al. Parotidectomy, a review of 112 patients treated at a teaching hospital in Pakistan. Asian pacific journal of cancer prevention. 2010 ;(11) : 1113-1115.
- 66. OKAHARA M, KIYOSUE H, HORI Y** et al. Parotid tumors: MR imaging with pathological correlation. Eur Radiol,.2003;(13):L25-L33.
- 67. OUDIDI A, EL ALAMI MN ET AL.** Primary sub-mandibular gland tumours: experience based on 68 cases. Rev Laryngol Otol Rhinol. 2006; 127(3): 187-190.

- 68. OUEDRAOGO AS.** Les tumeurs des glandes salivaires au Centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo. Aspects anatomo-pathologiques, cliniques et thérapeutiques. Thèse de médecine (1998-1999), n 11, 110 pages.
- 69. OUMAIDI A.** Tumeurs de la glande sous maxillaire, Th Médecine, Marrakech 2016, n 175, 144 pages.
- 70. PERLEMUTER L, WALIGORA J.** Cahiers d'anatomie ,7/8, 3ème édition.
- 71. PEGBESSOU PE, NDIAYE M, DIOM E, THIAM A. et al.** Tumeurs submandibulaires : profil épidémiologique et histologique. Pan African Medical Journal, 2014 : 18-64
- 72. PETELLE B, SAUVAGET E, TRAN BA HUY.** Parotidectomies, EMC techniques chirurgicales - Tête et cou, 46-510, 2003, 11p.
- 73. PIETTE E, REYCHLER H.** Traité des pathologies buccales et maxillofaciales Bruxelles : De Boeck Université, 1991 : 1084-1159.
- 74. RAHMAN B, MAMOON N, JAMAL S. et al.** Malignants tumors of the minors salivary glands in northen Pakistan : a clinicopathological study. hematology oncology stem cell their, original research report, 2008; 1 (2): 90-93.
- 75. RAMDASS J. et al.** Parotid gland tumors in a west indian population : comparison to world trends. Molecular and clinical oncology. Octobre 2014 ; (437) : 167-170.
- 76. Bensadoun R-J, Saint Guily JL.** Recommandation pour la pratique clinique REFCOR (Réseau d'Expertise Français sur les cancers ORL Rares). Tumeurs malignes primitives des glandes salivaires. 2009 :15 pages.
- 77. REYT E, RIGHINI C.** Découverte du nerf facial lors de la parotidectomie. Les cahiers d'ORL. 1996 ; (31) : 17-22.
- 78. ROUVIERE H.** Anatomie humaine (descriptive, topographique et fonctionnelle, tête et cou). 11^e Edition, Paris, Masson. 1981 : 544p.

- 79. SENE I.**, Etude des tumeurs de la parotide au service d'ORL CHU Aristide Le Dantec, Th médecine Dakar 2011, n 28, 94 pages.
- 80. SENE GM.** Tumeurs à potentialité maligne de la sphère ORL. D'après notre expérience au CHU de Dakar. Thèse médecine Dakar. 1984 ; numéro 64.
- 81. SETTI K, MOUANIS M, MOUNNI A.** et al. Profil épidémiologique des tumeurs primitives malignes des glandes salivaires à propos de 154 cas .Pan Afr Med J.2014 ; 17-117
- 82. SHAHGV.M.R.** imaging of salivary glands. Magn Reson Imaging Clin N Am, 2002; (10) : 631-662.
- 83. SHASHINDER S, TANG I P, VELAYUTHAM P.** et al. A review of parotid tumours and their management: a ten-year-experience. Medecine journal Malaysia. 2009 ; 64 (1) : 31-33.
- 84. SPIRO RH, ARMSTRONG J, HARRISSON R** et al. Carcinoma of major salivary glands. Arch Otol-laryngol Head Neck Surg, 1989; 115: 316-321.
- 85. SY A.** Bilan de 100 sous- maxillectomies réalisées dans un service d'ORL d'Afrique. Thèse de médecine Dakar, 2000 ; 79 : 99 pages.
- 85. THAHIM K, UDAIPURWALA I.H, KALEEM M.** Clinical manifestations, treatment outcome and post-operative complications of parotid gland tumors- an experience of 20 cases. Journal Pakistan médecine association. 2013 ; 63 (12): 1472-1475.
- 86. TOUATI MM, DARAOUSSI Y, CHIHANI M. ET AL.** Aspects épidémiologiques, cliniques, histologiques et thérapeutiques des tumeurs parotidiennes : a propos de 55 cas. Research. 2014 ;(1):1258.
- 87. TRAORE BA.** Etude rétrospective sur les tumeurs des glandes salivaires dans le CHU d'Odonto-stomatologie de Bamako (a propos de 116 cas). Th médecine Bamako. 2011 : 108 pages.
- 88. TROTOUX J, LEFEBURE B.** Pathologie des glandes salivaires. EMC ORL. 20- 268- A-10. 1979.

- 89. URO-COSTE E, RIGHINI CA.** Tumeurs des glandes salivaires. État des lieux en 2009. Service d'anatomie pathologique et histologie-cytologie, hôpital de Rangueil. 60(3):313-316.
- 90. WEBER RS, BYERS RM, PETIT B.** et al Submandibular gland tumors. Adverse histologic factors and therapeutic implications. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1990 ; (116) : 1055-1060.
- 91. WILLIAM M, MENDENHALL MD, CHRISTOPHER G.** et al. Radiotherapy alone or combined with surgery for salivary gland carcinoma, 2005 ; 103(12) : 2544-2550.
- 92. WOLFENSBERGER M.** ORL et chirurgie cervico-faciale : l'endoscope à la conquête des glandes salivaires. Forum Med Suisse, 2003 ; 51/52 : 1269-1272.



SERMENT D'HYPOCRATE

« En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je jure et je promets d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je donnerai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.»

Je le jure

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Le président du jury

Vu :

Le Doyen.....

Vu et Permis d'imprimer

Pour le recteur, le Président de l'assemblée d'Université Cheikh Anta Diop de Dakar et par
délégation
Le doyen

**TUMEURS PRIMITIVES DES GLANDES SALIVAIRES PRINCIPALES AU
SERVICE D'ORL DE L'HOPITAL REGIONAL DE ZIGUINCHOR (SENEGAL) : DE
2011 A 2016**

OBJECTIF : Rapporter l'expérience de la prise en charge de ces tumeurs dans un centre éloigné de la capitale et d'en évaluer les résultats.

PATIENTS ET METHODES : Nous avons mené une étude rétrospective sur dossiers de patients portant sur les tumeurs primitives des glandes salivaires principales sur une période de 06 ans (janvier 2011 à décembre 2016), avec 23 cas colligés.

RESULTATS : L'incidence moyenne annuelle était d'environ 04 cas, avec une prédominance féminine de 52,17%. Le sex-ratio était de 0,91. L'âge-moyen était de 38 ans avec des extrêmes de 8 et 77ans. Un pic de fréquence était noté pour les 3^{ème} et 4^{ème} décades. Cinquante-six pourcent des patients provenaient de Ziguinchor et 17,39% de la Guinée-Bissau. Le délai de consultation était de 80 mois avec des extrêmes de 4 mois et 20 ans. Quatre-vingt seize pourcent des patients présentaient une masse cervicale et 4,3% une paralysie faciale pré-opératoire. La glande parotide était la localisation la plus fréquente (65%). Les localisations parotidienne et submandibulaire survenaient plus volontiers chez les femmes dans respectivement 53,3% et 57,14% des cas. Concernant la paraclinique, 52,17% des patients avaient bénéficié d'une échographie. La TDM, l'IRM, la cytoponction ou la biopsie préopératoire n'avaient été réalisées chez aucun des patients.

Parmi les patients atteints de tumeur primitive de la glande parotidienne, 87,5 % avaient bénéficié une parotidectomie totale conservatrice. Une submandibulectomie avait été pratiquée pour tous les cas de tumeurs de glande sublinguale. Après traitement 33,4% des patients avaient présenté des complications d'ordre nerveux (19%), tumorale (4,8%), trophique (4,8%) et vasculaire (4,8%). Soixante-dix-neuf pourcent des tumeurs opérées n'avaient pas de résultat histologique. On retrouvait 17,39% d'adénome pléomorphe et 4,34% de carcinome mucoépidermoïde.

CONCLUSION : A l'instar de la littérature mondiale les tumeurs des glandes salivaires dans notre pratique sont moins fréquentes et le plus souvent bénignes. Cependant l'amélioration des résultats de la prise en charge passe par le relèvement du plateau technique et la mise à disposition d'un personnel qualifié et suffisant.

MOT-CLES : Tumeur, Parotide, Submandibulaire, Ziguinchor.