

SOMMAIRE

	Page
1- INTRODUCTION	1
2- RAPPEL THEORIQUE	2
2.1.La région parotidienne.....	2
2.2.La glande parotide	3
2.3.Le plan de couverture	6
2.4.Contenus de la loge parotidienne	7
2.4.1. Le nerf facial	7
2.4.2.Le nerf auriculo-temporal	8
2.4.3.Le nerf grand auriculaire	9
2.4.4.Les vaisseaux 9
2.5. La parotidectomie	10
3- ETUDE DES CAS	12
3.1.PATIENTS ET METHODES	12
3.2.TECHNIQUE CHIRURGICALE	14
3.2.1.Le bilan préopératoire	14
3.2.2.Préparation de la région parotidienne	14
3.2.3.Installation du patient	15
3.2.4.Instrumentation	15
3.2.5.Incision cutanée	16
→ La partie supérieure	16
→ La partie moyenne	16
→ La partie inférieure	16
3.2.6.Décollement du lambeau cutané	17
3.2.7.Le lambeau de SMAS	17
3.2.8.Découverte du nerf facial et parotidectomie	19
3.2.9.Fermeture	19

3.3. RESULTATS	22
→ Exposition chirurgicale	22
→ Résultats anatomo-pathologique	22
→ Durée de l'intervention	22
→ Suites opératoires immédiates	23
→ Dépression rétro-auriculaire	23
→ Cicatrice cutanée	24
→ Syndrome de Frey	24
4- DISCUSSION	26
4.1. HISTORIQUE	26
4.2.BILAN PRE OPERATOIRE	27
4.2.1. Clinique	27
4.2.2. Cytoponction	28
4.2.3. IRM	29
4.2.4. Les autres examens	32
4.3.ANATOMOPATHOLOGIE de la tumeur parotidienne	33
4.3.1. Adénome pléiomorphe	35
4.3.2. Tumeur de Warthin	36
4.3.3. Adénome à cellule basale	37
4.4.PAROTIDECTOMIE PAR VOIE LIFTING	38
4.4.1 L'incision	39
4.4.2. Le lambeau de SMAS	40
4.4.3. La dépression rétromandibulaire	40
4.4.4. Le syndrome de Frey	41
5- CONCLUSION	44

SIGLES ET ABREVIATIONS

- CCF: Chirurgie cervivo-faciale
- CHU: Centre Hospitalo-Universitaire
- Cm: centimètre
- IRM: Imagerie par résonance magnétique
- mm: millimètre
- OMS: Organisation Mondiale de la Santé
- ORL: Oto-rhino-laryngologie
- PAS: Periodic Acid Schiff
- SMAS: Système Musculo- Aponevrotique Superficiel

LISTE DES TABLEAUX

	Page
Tableau 1: IRM et tumeur de la parotide	32
Tableau 2: Histologie de la tumeur salivaire	34

LISTE DES FIGURES

Figure 1: La région parotidienne	5
Figure 2: Trait d'incision	18
Figure 3: Lambeau cutané et lambeau de SMAS	18
Figure 4-5: Nerf facial et la glande parotide	20
Figure 6-7: Fixation du lambeau de SMAS et drain aspiratif dissimulé	21
Figure 8-9: Résultat à 2 mois post opératoire	25

INTRODUCTION

1- INTRODUCTION:

Les principes d'exposition de la glande parotide ont été initialement décrits par GUITIERREZ (1) et REDON dans la littérature française. L'incision classique en S (ou en baïonnette) s'étendant de la région sous mandibulaire, permet l'exérèse des tumeurs de la parotide.

L'identification du nerf facial est systématisée et la reconstruction du lit opératoire est souvent omise (2).

Ce type d'incision est adapté d'un point de vue oncologique ou d'exérèse tumorale, mais non idéal d'un point de vue esthétique.

Trois inconvénients principaux caractérisent ce type d'incision:

- la rançon cicatricielle latéro-cervicale (3) (4)
- la dépression rétro-mandibulaire (5)(6)(7), liée à l'exérèse plus ou moins complète de la glande parotidienne, laissant la loge parotidienne vide
- l'association fréquente d'un Syndrome de Frey (2) (7) caractérisé par une hyperhydrose et un érythème cervico-facial lors de l'alimentation

Afin de pallier ces inconvénients, nous proposons une incision type lifting pré-capillaire, afin d'éviter une cicatrice cervicale disgracieuse, associée à un lambeau de SMAS, système musculo-aponévrotique superficiel de la face, à charnière antérieure, évitant l'apparition de la dépression rétro-auriculaire et l'installation d'un syndrome de Frey.

L'intérêt de cette voie d'abord est de permettre une bonne exposition de la glande parotide, en évitant une séquelle cicatricielle cutanée, une dépression rétro-auriculaire, et le développement secondaire d'un syndrome de Frey.

Le but du travail prospectif était d'évaluer la faisabilité de ce type d'incision et d'évaluer le bénéfice clinique en terme de rançon cicatricielle et de dépression rétro-auriculaire.

2- RAPPEL THEORIQUE:

2.1. REGION PAROTIDIENNE:

la région parotidienne est le siège de développement de la pathologie tumorale de la glande parotide, mais aussi de la pathologie ganglionnaire et vasculaire malformatrice (8)

les connaissances anatomiques sont de première importance à la fois pour le diagnostic topographique et pour la stratégie chirurgicale (9)

la région parotidienne contient la glande parotide elle-même, le nerf facial, le nerf grand auriculaire, le nerf auriculo-temporal, l'artère carotide externe et la veine retromandibulaire.(8)(9)

elle appartient aux espaces profonds intermédiaires de la face, tout comme l'espace parapharyngé.

elle est prismatique, triangulaire avec trois parois ou faces.

- sa paroi antérieure est constituée de la branche de la mandibule, les muscles manducateurs et le ligament stylo-mandibulaire. ces structures séparent la loge parotidienne de la fosse infratemporale.

- sa paroi postéro-médiale est formée par le diaphragme stylien et le muscle sterno-cléido-mastoïdien. elle est en rapport avec la région rétrostylienne.

- en dedans, la loge parotidienne est en rapport avec la région préstylienne, espace parapharyngé proprement dit.

- la paroi médiale de la région parapharyngée répond à la fosse tonsillaire.

- sa paroi latérale est limitée par le plan cutané.

- en bas la loge parotidienne est limitée par la bandelette mandibulaire, unissant l'angle de la mandibule au muscle SCM et au ligament stylo-mandibulaire.

2.2. GLANDE PAROTIDE:

La glande parotide est constituée d'un tissu glandulaire exocrine, tubulo-acineux, qui occupe la quasi-totalité de la loge parotidienne.

C'est la plus volumineuse des glandes salivaires. La glande parotide à l'état normal n'est pas palpable.

Elle est superficielle et située au dessous et en avant du méat acoustique externe, en arrière de la branche de la mandibule. Elle est jaunâtre, pèse environ de 25 grammes (8). Elle est comprise dans une capsule fibreuse, dont la partie superficielle est en continuité avec le fascia massélique et la lame superficielle du fascia cervical.

De forme pyramidale, la glande parotide possède un apex et quatre faces: supérieure, latérale, antérieure et postéro-médiale (8)(10)

- L'apex repose sur le ventre postérieur du muscle digastrique, en arrière de l'angle de la mandibule
- la face supérieure ou base, répond au cartilage du méat acoustique externe et à l'articulation temporo-mandibulaire.
- La face latérale répond aux noeuds parotidiens profonds et superficiels. Elle est recouverte par la peau.
- La face antérieure de la glande parotide est en rapport avec le bord postérieur de la branche de la mandibule, le muscle masséter et la face externe de l'articulation temporo-mandibulaire. Elle présente un prolongement antérieur.
- La face postéro-médiale répond aux processus mastoïde et styloïde. Les muscles styliens la séparent de l'artère carotide interne, de la veine jugulaire interne et des nerfs glossopharyngien et hypoglosse.

La glande parotide est artificiellement délimitée en portion endo et exofaciale ou latérofaciale par les branches de division du nerf facial (10)

Elle présente de nombreux prolongements qui empruntent les ouvertures ou les points faibles des parois de la loge.

En dehors, il existe deux prolongements souvent volumineux:

- Un prolongement antéro-externe, situé en dehors de la face latérale du muscle masséter.
- Un prolongement postéro-externe, débordant sur la face latérale du muscle SCM.

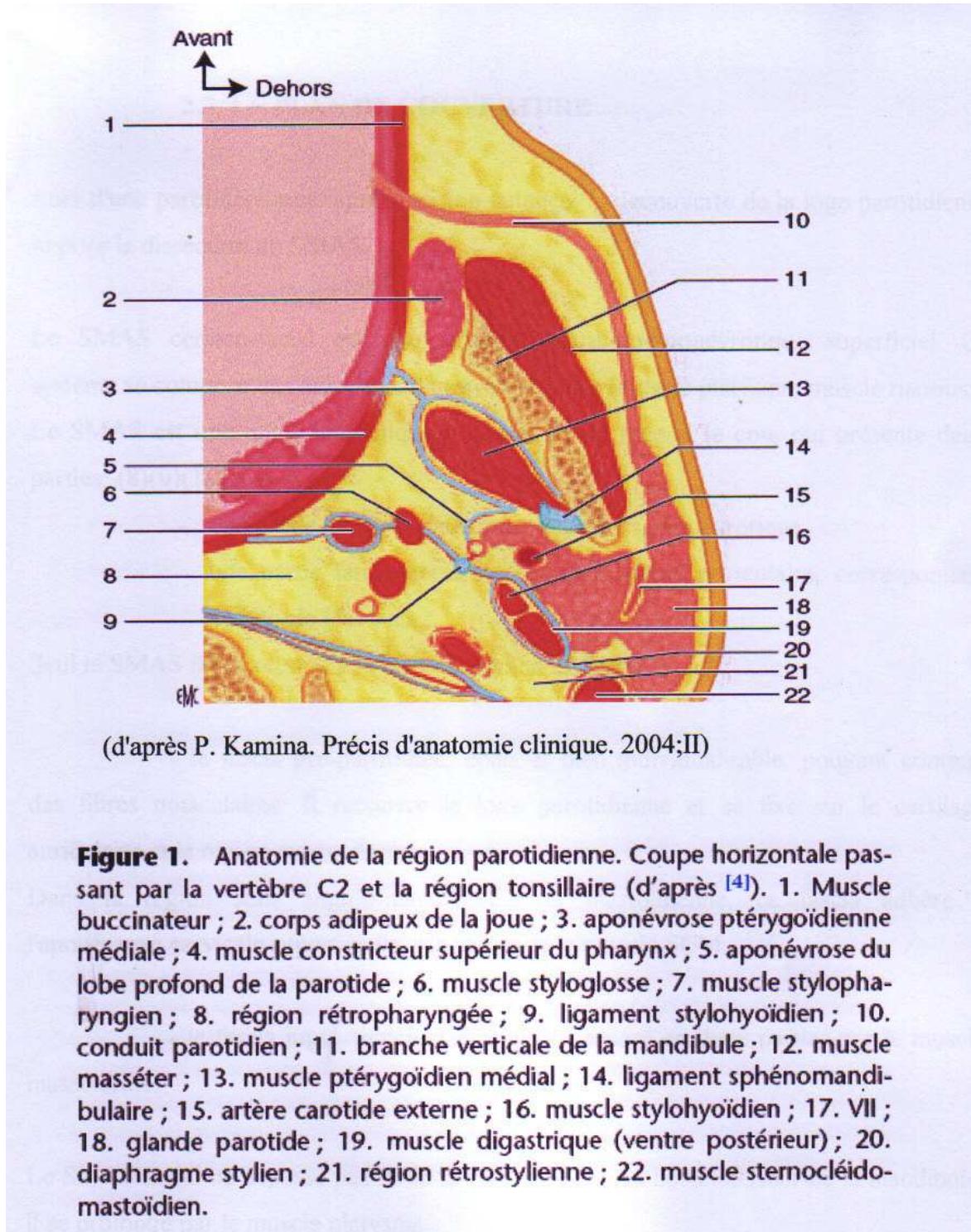
Le canal excréteur de la glande parotide est le conduit parotidien (canal de Sténon), long de 4 cm. Il naît dans l'épaisseur de la glande de plusieurs racines, qui se réunissent en un seul tronc.

Le conduit sort de la région parotidienne pour gagner la région génienne, dans un dédoublement du fascia du masséter à travers le muscle buccinateur, et s'abouche dans la cavité orale au niveau du collet de la 2ème prémolaire supérieure.

Les pathologies de la glande parotide sont dominées par les tumeurs.

Les tumeurs du lobe superficiel sont visibles et palpables dans l'aire de projection cutanée de la région parotidienne.

Les tumeurs du lobe profond peuvent être visibles et palpables en arrière de la tonsille palatine.



2.3. LE PLAN DE COUVERTURE

Lors d'une parotidectomie, après incision cutanée, la découverte de la loge parotidienne impose la dissection du SMAS.

Le SMAS cervico-facial est une structure musculo-aponévrotique superficiel. Ce système se compose des muscles cutanés superficiels (muscle platysma, muscle risorius)

Le SMAS est une unité anatomique à cheval sur la face et le cou, qui présente deux parties: (8)(9)(10)

- une partie latéro-faciale, essentiellement aponévrotique
- une partie latéro-cervicale, essentiellement musculaire, correspondant au muscle platysma.

Seul le SMAS facial répond à la loge parotidienne. Il comprend:

- le fascia pré-parotidien, épais et bien individualisable, pouvant contenir des fibres musculaires. Il recouvre la loge parotidienne et se fixe sur le cartilage auriculaire et la région mastoïdienne.

Dans la région sous angulo-mandibulaire et mastoïdienne, ce fascia adhère à l'aponévrose cervicale superficielle, qui recouvre le muscle SCM.

- le fascia jugal, mince et discontinu, séparé en deux parties par le muscle massétérine.

Le SMAS facial ne dépasse pas le sillon naso-génien. Au bord inférieur de la mandibule, il se prolonge par le muscle platysma.

Il sépare le pannicule adipeux de la peau du tissu cellulaire sous cutané. Il forme avec la peau une unité isolant des loges adipeuses. Cette unité est préservée en cas de décollement sous le SMAS, elle est dissociée en cas de décollement sous cutané. (9)

La confection du lambeau de SMAS permet de pallier la dépression rétromandibulaire due à l'exérèse de la glande parotide qui laisse la loge parotidienne vide.

2.4. CONTENU DE LA LOGE PAROTIDIENNE:

Outre la glande parotide, la région parotidienne contient le :

- le nerf facial
- le nerf auriculo-temporal
- le nerf grand auriculaire
- l'artère carotide externe
- la veine rétromandibulaire

2.4.1. NERF FACIAL:

Le nerf facial sort du crâne au niveau du foramen Stylo-mastoïdien et pénètre dans la loge parotidienne entre le muscle digastrique et le muscle stylo-hyoïdien.

Le nerf facial extra-crânien est essentiellement moteur pour les muscles auriculaires et occipitaux en haut, les muscles cutanés cervico-faciaux en avant, le ventre postérieur du muscle digastrique et le muscle stylo-hyoïdien.(8)

Dans la région parotidienne, oblique en bas et en avant, le nerf traverse la glande et se divise en deux branches:

- une branche supérieure, temporo-faciale
- une branche inférieure, cervico-faciale

Chacune de ces branches se divise et donne des rameaux à destinée:

→ Pour les branches temporo-faciales:

- rameaux temporaux
- rameaux zygomatiques
- rameaux buccaux supérieur

→ Pour les branches cervico-faciales:

- rameaux buccaux inférieurs
- rameaux mandibulaires
- rameaux cervicaux

Le nerf facial et ses branches de division partagent artificiellement la glande parotide en deux lobes:

- le lobe superficiel et
- le lobe profond

Les rapports étroits entre le nerf facial et la glande parotide expliquent la fréquence des paralysies faciales périphériques dans les tumeurs malignes de la parotide (9)(10)

L'enjeu fonctionnel de la chirurgie parotidienne est la préservation du nerf facial, ce qui nécessite son repérage premier et sa dissection dans la majorité des cas.

2.4.2. NERF AURICULO-TEMPORAL:

Ce nerf chemine en dedans et en arrière du pédicule temporal superficiel, où il suit un trajet vertical.

Il pénètre à la partie supérieure de la loge parotidienne avec les vaisseaux maxillaires, après avoir contourné le condyle mandibulaire en dedans.

Le nerf auriculo-temporal provient de la cinquième paire crânienne par la division de la branche postérieure du nerf mandibulaire.

Il donne l'innervation parasympathique à la glande parotide, issue du ganglion otique.

La section de ce nerf serait responsable du syndrome de Frey, correspondant à une réponse aberrante des fibres sécrétoires vers les glandes sudoripares et les vaisseaux cutanés de la région parotidienne d'où hyperhydrose (hypersudation) et érythème cervico-facial survenant lors de l'alimentation (mastication).

2.4.3. NERF GRAND AURICULAIRE:

Le nerf grand auriculaire apparaît au bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien et se dirige obliquement en haut et en avant vers l'oreille et la région parotidienne.

Il chemine en arrière de la veine jugulaire externe, parallèlement à elle.

2.4.4 LES VAISSEAUX:

L'artère carotide externe et ses branches de division occupent la partie profonde de la loge parotidienne:

- l'artère auriculaire postérieure
- l'artère maxillaire
- l'artère temporale postérieure

Les éléments veineux forment un plexus qui reçoit quatre afférences:

- la veine temporale superficielle
- la veine maxillaire
- la veine auriculaire postérieure
- la veine occipitale

Ce plexus émet deux efférences:

- une en direction du système veineux externe, la veine jugulaire externe
- une vers le système jugulaire interne, la veine rétromandibulaire

2.5. PAROTIDECTOMIE:

Toute parotidectomie doit être menée dans un souci à la fois oncologique et esthétique.

L'incision doit répondre à trois impératifs essentiels:

- Exposer correctement la totalité de la région parotidienne
- Pouvoir, au besoin, se prolonger en incision d'évidement ganglionnaire cervical.
- Laisser un minimum de séquelle esthétique.

Ainsi conçue, la parotidectomie reste cette intervention faite d'élégance et de précision, qui en fait l'un des fleurons de la chirurgie cervico-faciale. (9)

Il existe plusieurs variétés de parotidectomie:

- la parotidectomie superficielle ou exofaciale
- la parotidectomie polaire inférieure
- la parotidectomie totale
- avec dissection antérograde ou rétrograde du nerf facial.

Quelle que soit la technique de parotidectomie prévue, il est des règles générales à respecter concernant la préparation du malade et de la région parotidienne, l'installation du patient, l'instrumentation.

L'intérêt pour la chirurgie parotidienne s'est véritablement développé en Europe à la fin du XVIII ème siècle, en particulier avec Heister, Siebold et Hunter.

Le tracé de parotidectomie dit classique, a été décrit initialement par ADSON et OTT en 1923. De légères modifications ont été proposées par la suite, basées sur le tracé initial. Elles témoignent, en règle, de préoccupation plus esthétique qu'oncologique.

Ce tracé classique en « baïonnette » comprend trois segments: (9)(11)

- un segment vertical préauriculaire qui emprunte le sillon prétragien
- un segment intermédiaire, horizontal ou légèrement curviligne vers le haut, qui contourne l'insertion du lobule et s'arrête au bord antérieur de la mastoïde
- un segment cervical

La jonction entre ces différents segments doit être arrondie, curviligne.

Afin de dissimuler l'incision cutanée, APPIAMI et DELFINO en 1984, puis FERREIRA et All en 1990, ont proposé de remplacer l'extension sous mandibulaire du tracé par une incision rétro-auriculaire pré-capillaire, type lifting facial.

Cette incision dissimulée permet d'atténuer la cicatrice cutanée cervicale des tracés classiques.

ETUDE DES CAS

3. ETUDE DES CAS:

3.1. PATIENTS et METHODES:

Il s'agit d'une étude prospective portant sur dix patients, âgés de 42 à 67 ans, pris en charge dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale du CHU de La Timone Marseille entre l'année 2005 et 2006.

→ Critère d'inclusion:

Ce sont des patients vus en consultation externe, puis pris en charge chirurgicalement dans le service.

Seuls les patients porteurs de tumeurs bénignes ont été sélectionnés, afin d'éviter la nécessité d'un évidemment associé.

→ Critères d'exclusion:

Le critère de faisabilité de cette technique a été évalué dans chaque cas par le chirurgien, en particulier par la possibilité d'une exposition.

Sont exclus de cette étude:

- les patients porteurs d'une tumeur maligne
- ou une tumeur parotidienne très superficielle, en contact même du SMAS

→ Dossiers utilisés:

- les fiches de consultation externe
- les dossiers cliniques du patient
- les fiches de résultats anatomo-pathologiques
- Les supports photographiques

→ Les ITEMS étudiés sont:

- la dépression rétromandibulaire
- la cicatrice cutanée
- le syndrome de Frey

Ces critères ont été évalués chez tous les patients en post opératoire immédiat, à 15 jours, 1 mois et 6 mois après l'opération.

Une analyse photographique post opératoire a été systématiquement réalisée.

3.2. TECHNIQUE CHIRURGICALE:

Le bilan opératoire, l'instrumentation, l'installation du patient, le repérage du tronc du nerf facial et la dissection de ses branches ne diffèrent pas de la technique classique (12) Seuls changent, le tracé de l'incision et la réalisation d'un lambeau de SMAS.

3.2.1. Le bilan pré-opératoire:

L'examen doit préciser les caractéristiques de la tumeur, mais également certains éléments ayant des implications diagnostiques ou thérapeutiques: caractère douloureux de la tumeur, parésie ou paralysie faciale, anomalie de l'orifice et du canal du Sténon.

La cytoponction, éventuellement guidée par l'échographie en cas de noyau profond.

L'IRM apparaît aujourd'hui comme l'examen de choix pour l'extension aux parties molles parapharyngées, nerveuses ou cutanées.

3.2.2. Préparation de la région parotidienne

Les cheveux doivent être soigneusement rasés devant et derrière l'oreille, dans la partie du visage et du cou exposés dans le champ opératoire.

3.2.3. Installation du patient:

→ L'intubation:

Le patient est habituellement intubé par une sonde orotrachéale. Une intubation nasotrachéale permet toutefois une mobilisation mandibulaire plus facile et facilite l'exérèse d'un prolongement parapharyngé.

→ Position opératoire:

Le malade est en décubitus dorsal, cou en extension par un billot transversal placé, sous les épaules.

La tête est tournée du côté opposé au côté opéré et maintenue par un bandeau ou ruban. Les cheveux sont soigneusement maintenus en dehors du champ opératoire.

3.2.4. Instrumentation:

Au plan instrumental, la boîte comprend les instruments habituels de la chirurgie cervicale que peuvent utilement compléter une spatule fine, une pince à coagulation bipolaire et, éventuellement, un stimulateur électrique.

La taille des instruments doit être adaptée à cette chirurgie.

Le monitorage du nerf facial en peropératoire n'est pas systématique, du moins dans la chirurgie de première intention.

3.2.5. L'incision cutanée:

L'incision est tracée au crayon dermographique. En fait, elle est constituée de trois parties:

→ **la partie supérieure** verticale et préauriculaire:

Elle est réalisée en avant du tragus, depuis la base de la patte capillaire jusqu'au niveau du lobule de l'oreille chez les patients présentant une ride préauriculaire marquée de manière à dissimuler l'incision dans la ride

Chez les patients ne présentant pas de ride prétragienne, l'incision est réalisée en avant de la racine de l'hélix; puis au niveau de la partie postérieur du tragus, avant de se continuer en avant de la partie antérieure du lobule de l'oreille.

Cette incision préauriculaire est complétée vers le haut par un refend perpendiculaire horizontal, sous la patte capillaire, afin d'optimiser l'exposition chirurgicale.

→ **la partie moyenne** légèrement curviligne

Vers le bas, la partie supérieure est prolongée par une incision tournant sous le lobule de l'oreille, 1 mm en avant du sillon lobulo-jugal, de manière à respecter l'aspect naturel de ce sillon.

L'incision remonte ensuite en arrière dans le sillon mastoïdo-auriculaire, avant de tourner vers l'arrière à hauteur du méat acoustique externe pour rejoindre la ligne précapillaire.

→ **la partie inférieure occipitale**

Ce troisième segment de l'incision cutanée diffère de la technique classique de l'incision dissimulée de lifting précapillaire.

Le segment occipital est positionné au niveau de la ligne d'insertion des cheveux, afin de dissimuler la cicatrice.(figure 1)

3.2.6. Décollement du lambeau cutané

Le lambeau cutané est décollé sous la peau dans le tissu cellulo-graisseux, au ras des bulbes pileux qui apparaissent nettement, en particulier chez l'homme.

Il ne doit pas dépasser:

- en bas le plan de la veine jugulaire externe
- en avant le bord antérieur de la glande parotide afin d'éviter tout traumatisme d'une branche terminale du nerf facial.

3.2.7. Le lambeau du SMAS:

Le SMAS correspond au plan sous-cutané fibreux, clivé entre la couverture aponévrotique de la glande et la peau. Il est incisé en L inversé.

→ l'incision horizontale est réalisée en prétragien, en initiant l'incision à 1 cm en avant du tragus, et en prolongeant l'incision sur 2 cm vers l'avant, jusqu'au bord antérieur de la parotide.

→ l'incision verticale part de l'extrémité postérieure de l'incision horizontale (1 cm avant le tragus) et se prolonge vers le bas (en arrière du bord postérieur du platysma), afin de permettre la réalisation d'un large lambeau de SMAS, à charnière antérieure.

La confection du lambeau de SMAS est ainsi réalisée, en s'assurant de conserver une distance de sécurité avec la capsule tumorale sous-jacente, de manière à ne pas l'exposer.(13)

Ce lambeau de SMAS est disséqué en avant jusqu'au bord antérieur de la parotide, repéré par l'exposition du muscle masséter.

Le lambeau ainsi libéré de toutes ses attaches parotidiennes, peut être mobilisé librement vers l'avant et le bas.(figure 2)

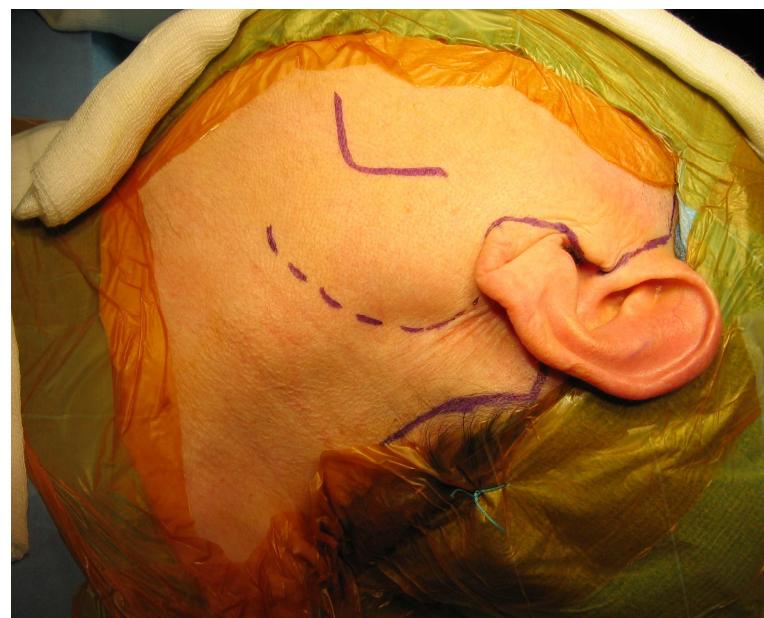


Figure 2: Incision Classique de Redon (pointillé)
Incision de Lifting précapillaire (Trait plein)

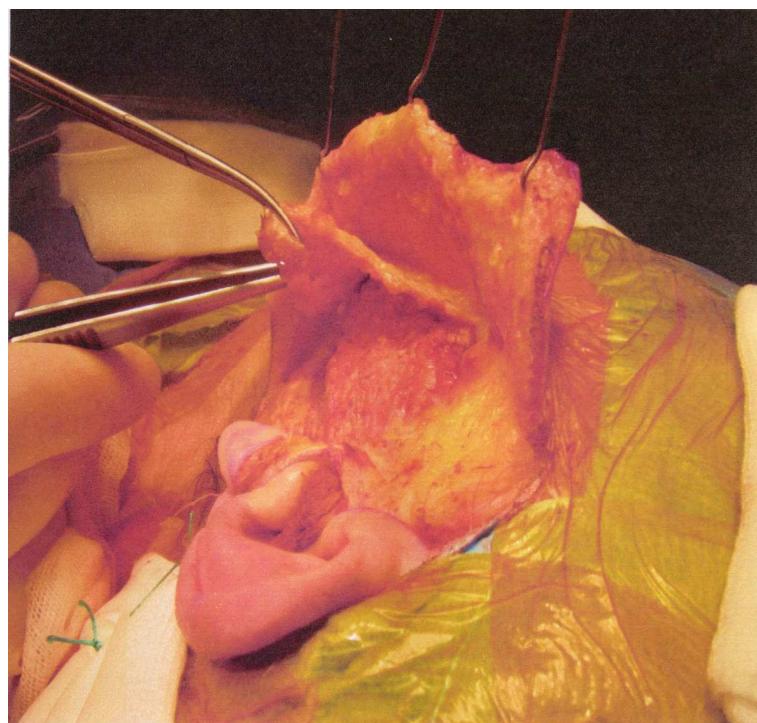


Figure 3: Lambeau cutané et lambeau de SMAS

3.2.8. Découverte du tronc du nerf facial et la parotidectomie:

La parotidectomie est alors réalisée sur un mode conventionnel, après avoir repéré le tronc du nerf facial.

La découverte du tronc du nerf facial, qui centre l'intervention de parotidectomie, implique la parfaite maîtrise de l'anatomie du nerf facial et plus particulièrement de son émergence extra-crânienne et de son trajet rétro-parotidien. (figure 4-5)

Elle se fait en disséquant parallèlement à la direction du tronc du nerf jusqu'à sa bifurcation.

En cas de doute sur la certitude dans l'identification du tronc du nerf, on peut le stimuler à l'aide d'un neuro-stimulateur à usage unique et s'assurer de la contraction des muscles de la face.

Quel que soit le type de parotidectomie, les principes de la chirurgie des tumeurs parotidiennes vis à vis du tronc du nerf facial ou des ses branches sont toujours les mêmes – **Identification – Tunnelisation – Section** (9) pouvant se faire selon les habitudes du chirurgien à l'aide du bistouri électrique ou des ciseaux, après hémostase à la coagulation bipolaire.

3.2.9. Fermeture:

La reconstruction du lit de parotidectomie est réalisée au moyen du lambeau du SMAS. Il est replié et fixé en arrière sur l'aponévrose mastoïdienne du muscle SCM et sur le périoste mastoïdien.(figure 6)

Ainsi la cavité de parotidectomie apparaît couverte par ce lambeau obturateur.

La peau est re-drapée et l'excès cutané est au besoin réséqué pour permettre un affrontement régulier des berges cutanées.

La suture cutanée est enfin réalisée sans tension en deux plans, sur drain aspiratif, dont la zone de pénétration cutanée est dissimulée au niveau capillaire occipital. (figure 7)

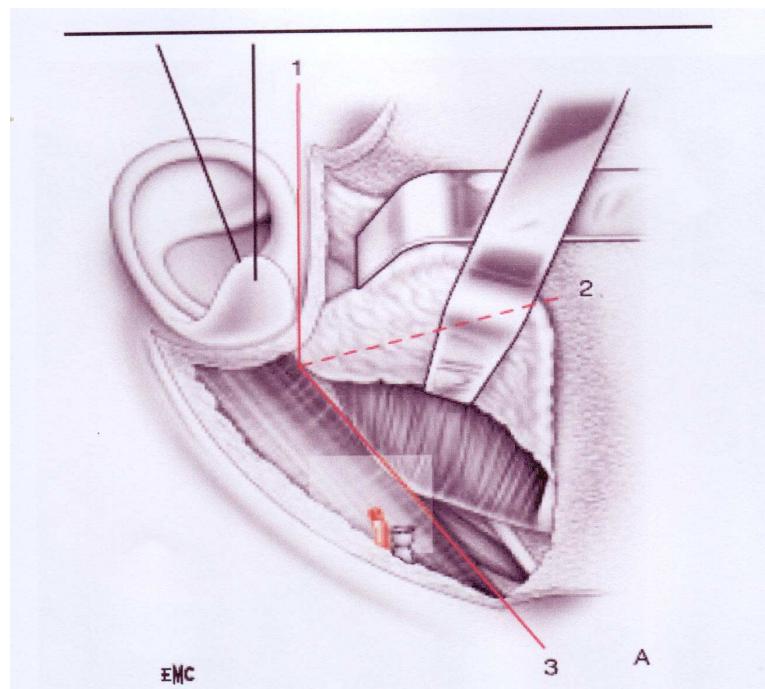


Figure 4: Repérage du tronc facial: le tronc facial correspond à la bissectrice de l'angle dièdre formé par le plan prétragien(1) et le plan présternocléidomastoïdien(3)

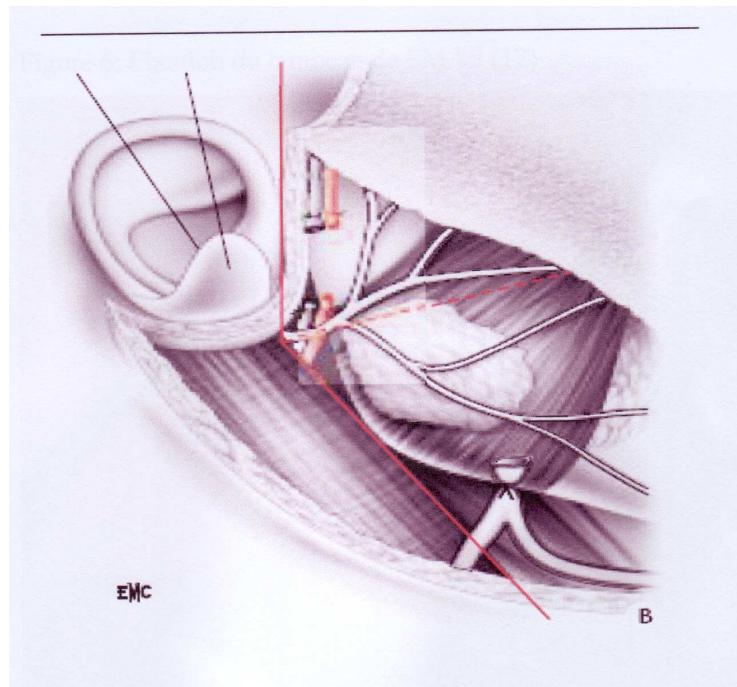


Figure 5: Nerf facial et la glande parotide (nerf facial et ses branches de division)
(Figures 4-5 d'après G. Malka. EMC Stomato. 2003; 22-351-A-10: p4)

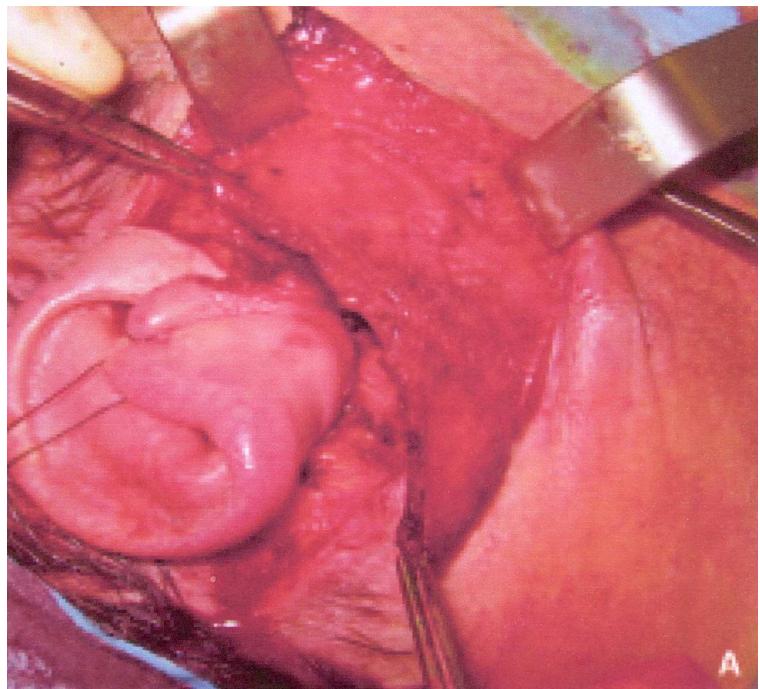


Figure 6: Fixation du lambeau de SMAS (12)

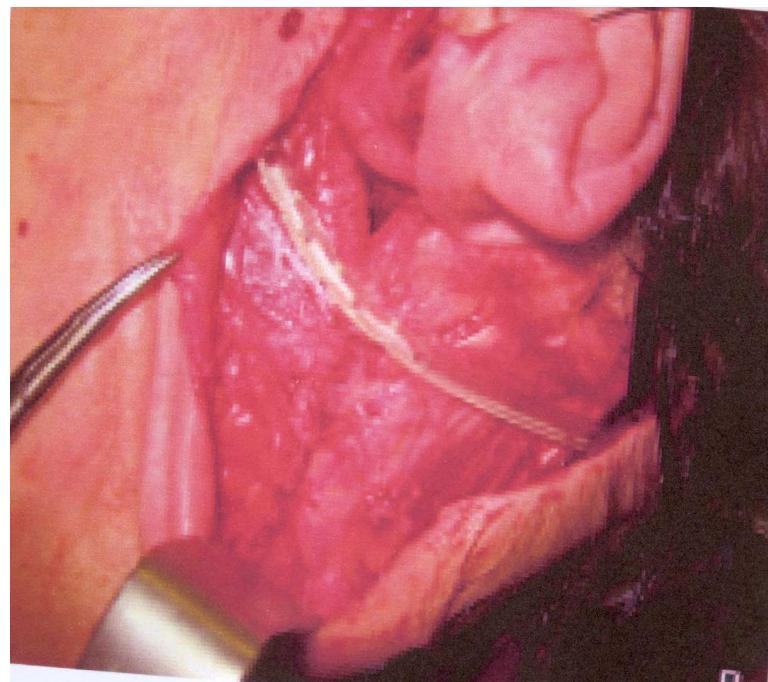


Figure 7: Drain de Redon dissimulé dans les cheveux(12)

RESULTATS

3.3. RESULTATS:

Nous avons colligé dix patients, opérés dans le service par le même chirurgien, sur une période de deux ans.

Ils sont composés de 5 hommes et 5 femmes (Sex-Ratio: 1)

Dans cette étude, l'âge moyen du patient est de 46 ans. L'âge minimum est de 49 ans et l'âge maximum atteint 67 ans.

→ l'exposition chirurgicale:

Aucune difficulté d'exposition de la glande parotide et du nerf facial n'a été rapportée. L'exposition durant toute l'intervention chirurgicale a permis une exérèse chirurgicale sécurisée de la glande dans tous les cas.

→ Résultats anatomopathologiques :

L'examen histo-pathologique définitif des pièces opératoires a confirmé la nature bénigne des lésions dans 100% des cas dont:

- 07 tumeurs mixtes
- 02 cystadénolymphome
- 01 adé nome à cellule basale

→ Durée de l'intervention:

La dissection de la structure musculo-aponévrotique superficielle est relativement facile tant que l'on se trouve sur l'aire parotidienne.

Elle ne prend que quelques minutes, et l'intervention reprend son cours habituel avec la finalisation de la parotidectomie.

→ **Suites opératoires immédiates:**

- Quelques cas de parésie et paralysie faciale sont rapportés de façon transitoire
- l'insensibilité de l'oreille de la région opérée est mentionnée par quelques patients par atteinte du nerf grand auriculaire.
- l'aspect postopératoire immédiat de la dépression rétromandibulaire était considéré comme satisfaisant pour les chirurgiens.

Les trois critères principaux étudiés pour cette technique chirurgicale:

- la dépression rétroauriculaire
- la cicatrice cutanée
- et le syndrome de Frey

ont été évalués chez tous les patients.

Une échelle de satisfaction au nombre de 1 à 10 a été proposée aux patients, à 15 jours, à 1 mois et à 6 mois après l'opération.

Chacun des ces trois critères a été évalué au moyen de cette grille d'évaluation.

Les résultats ont été colligés par le chirurgien opérateur lors des consultations post-opératoires des patients.

→ **La dépression rétroauriculaire:**

Classique en dehors d'une reconstruction de la zone de parotidectomie, elle était inexistante dans tous les cas.

L'aspect postopératoire en terme de dépression était considéré comme symétrique et satisfaisant dans 100% des cas pour le chirurgien, après consultation et analyse du bilan photographique.

- Six patients ont noté ce critère 8/10
- Quatre patients ont noté 10/10

→ **Cicatrice cutanée:**

L'ablation des points de suture a été réalisée entre le 8ème et le 11ème jour.

La cicatrice cutanée, dissimulée, était considérée comme satisfaisante dès l'ablation des points de suture étant donné sa localisation, et ceux malgré son aspect inflammatoire initial. L'aspect postopératoire en terme de rançon cicatricielle cutanée était considéré comme satisfaisant dans 100% de cas, dès le 3ème mois postopératoire.

- Six patients ont noté ce critère 9/10
- Quatre patients ont noté 10/10

→ **Syndrome de Frey:**

Aucun syndrome de Frey n'a été mis en évidence, ni rapporté par le patient après un suivi de 6 mois.

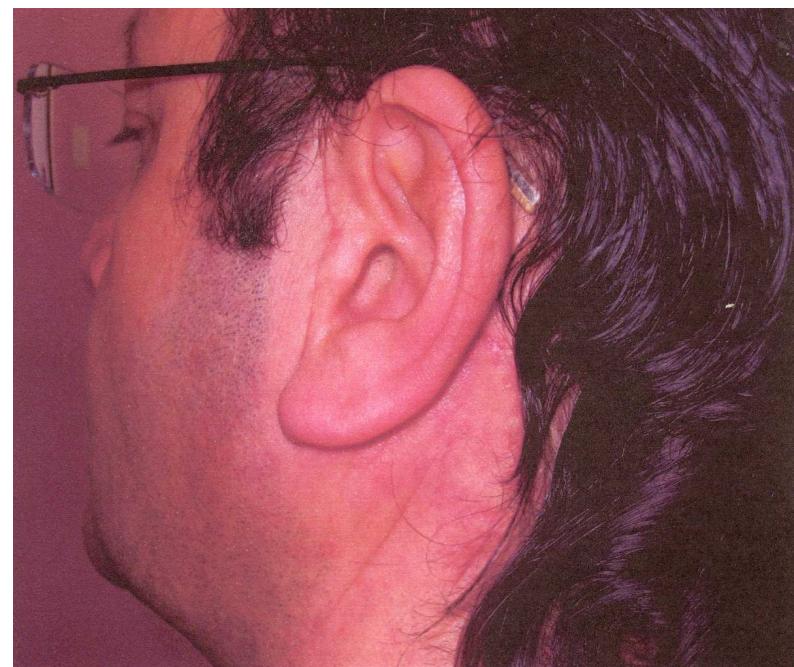


Figure 8-9: patient ayant bénéficié d'une parotidectomie totale par voie de lifting précapillaire et lambeau de SMAS
Résultat cosmétique à 2 mois
L'incision est dissimulée et la dépression rétro-auriculaire invisible

DISCUSSION

4- DISCUSSION

4.1. HISTORIQUE:

Hippocrate (460-370 avant J.C.) décrivait déjà les pathologies des glandes salivaires et particulièrement celle de la parotide, en différenciant les pathologies suppuratives des pathologies tumorales non suppuratives.

Niels Steenson, ou Nicolai Stenonis (1638-1686) a laissé son nom au canal parotidien après sa découverte lors de dissections animales réalisées à Amsterdam en 1960.

Le nerf facial n'eut sa réalité anatomique qu'en 1677 avec Wrisberg et son nerf éponyme. La complexité de la division du nerf dans la parotide fait que l'on a parlé de plexus facial (9)(12)

L'intérêt pour la chirurgie de la parotide s'est véritablement développé en Europe à la fin du XVIIIème siècle.

Au XIXème siècle, quelques pionniers marquèrent l'histoire par leurs récits de parotidectomie sans anesthésie, réservée aux patients les plus stoïques et courageux.

En France, Duval et Redon en 1932, puis Padovani et Redon en 1938, ont été les premiers à décrire une technique codifiée de parotidectomie conservatrice du nerf facial après repérage du tronc de ce dernier.

Le tracé de parotidectomie dit classique, pré-auriculaire, puis prolongé inférieurement dans la région sousmandibulaire, a été décrit initialement par Adson et Ott en 1923. De légères modifications ont été proposées par la suite, basées sur le tracé initial.

Afin de dissimuler l'incision cutanée, différents types d'incision ont été proposés pour optimiser les résultats cosmétique des parotidectomies(9)(12)(13). Cette incision type lifting avait été proposée par Appiami et Delfino en 1984, puis Ferreira et Al. en 1990.

4.2. BILAN PRE-OPERATOIRE

Bien que l'incision de parotidectomie type lifting puisse être prolongée en cervical dans le cadre de lésion maligne justifiant un évidemment cervical associé, nous la réservons aux patients présentant une tumeur parotidienne à priori bénigne.

Ces critères sont basés par :

- l'examen clinique
- la cytoponction
- et/ou l'IRM

Tous nos patients ont bénéficié d'une cytoponction avant l'opération, associée ou non à une IRM.

4.2.1. CLINIQUE:

L'examen doit préciser le caractère de la tumeur parotidienne. Il faut suspecter une lésion maligne devant la découverte des éléments suivants:

- la présence d'une tumeur douloureuse, faisant suspecter un cylindrome ou un schwannome (11)
- l'adhérence à la peau et/ou aux plans profonds limitant la mobilité
- la croissance très rapide
- la présence d'adénopathies cervicales suspectes
- la présence de métastases viscérales
- et surtout la présence d'une parésie ou une paralysie faciale périphérique

Néanmoins, ces éléments sémiologiques classiques ne sont retrouvés dans ce contexte que dans 10 à 45% des cas (12), d'où l'intérêt de la cytoponction et/ou IRM.

4.2.2. CYTOPONCTION:

Le cytodiagnostic, éventuellement guidé par l'échographie en cas de noyau profond, possède certaines indications.

- étayer la décision chirurgicale et en prévoir les modalités
- justifier une attitude attentiste
- et convaincre un patient réticent (12)

Le cytodiagnostic parotidien est difficile en raison du caractère très hétérogène et des multiples formes des tumeurs des glandes salivaires.

Dans son application diagnostique, elle ne prétend pas caractériser de façon précise toutes les tumeurs. Son but est de différencier une bénignité et malignité, et de diagnostiquer quelques tumeurs caractéristiques de façon fiable (Adénome pléiomorphe, cylindrome, cystadénolymphome, oncocytome)

La cytoponction permet ainsi une meilleure information des patients et une meilleure planification de la stratégie chirurgicale.

De réalisation simple, la cytoponction est un examen pré-opératoire bien toléré par les patients.

La valeur diagnostic de cytoponction à l'aiguille fine pour le diagnostic de malignité ou de bénignité est très bonne. Selon les séries, la sensibilité varie entre 79 et 100% et la spécificité entre 86 et 100% (9)

Son résultat dépend de la qualité de la ponction, mais aussi de l'entraînement du cytologiste.

Il a été démontré que la pratique régulière de la cytoponction permettait d'améliorer sa sensibilité et sa spécificité. Dans environ 5%, cette cytoponction n'est pas contributive(9)(12)

En bref, la valeur de différenciation malin-bénin de la cytoponction est très fiable, sa valeur prédictive de diagnostic histologique est beaucoup plus réservée, et particulièrement dans le cadre des tumeurs malignes.

4.2.3. IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE (IRM)

L'imagerie des glandes salivaires s'est considérablement développée ces dernières années.

L'IRM constitue l'examen de choix dans l'exploration des processus tumoraux parotidiens, pour l'extension aux parties molles parapharyngées, nerveuses ou cutanées. Il s'agit d'un examen non invasif procurant une excellente résolution anatomique et une information de nature tumorale très fiable (9)(14)(15)

L'apport de l'IRM au diagnostic de nature des principales formes histologiques de tumeurs de la parotide a fait l'objet d'un nombre relativement limité de travaux.

Des travaux effectués par J. PARIS et All. ont mis en évidence la très haute valeur diagnostic histologique associant IRM et cytoponction.

Quelques cas dans notre série d'étude ont eu à la fois la cytoponction et l'IRM.

La valeur diagnostique de malignité ou de bénignité de l'IRM est similaire à celle de la cytoponction. Selon les séries, les valeurs de sensibilité et de spécificité sont comprises entre 80 et 100%.

En bref, la valeur prédictive du type histologique tumoral pour les tumeurs bénignes apparaît assez fiable, alors qu'elle est nulle pour le diagnostic histologique des tumeurs malignes.

Deux séquences sont utilisées: la séquence T1 considérée comme anatomique et la séquence T2 plus utile pour mettre en évidence les processus pathologiques, essentiellement de nature hydrique. La première étape de l'examen consiste à différencier les tumeurs bénignes des tumeurs malignes.

Plusieurs signes IRM paraissent évocateurs de malignité:

- l'infiltration tumorale des espaces adjacents (masticateur, parapharyngé, carotidien, sousdigastrique) et de graisse souscutanée est caractéristique des carcinomes.

Les tumeurs bénignes compriment les muscles au lieu de les envahir.

- un hypo-signal T2 semble prédictif d'une malignité

L'existence d'une capsule incomplète et de contours mal limités n'est pas spécifique de malignité. De petites lésions malignes à contours nets sont parfois notées.

Le caractère homogène ou non de la lésion en T1 et T2, ainsi qu'après injection de gadolinium ne semble pas avoir de valeur prédictive de malignité ou de bénignité.

- Adé nome pléiomorphe: contours bien limités, d'aspect lisse ou lobulé

En séquence T1: hyposignal par rapport au parenchyme glandulaire

En séquence T2: hypersignal franc et peut être hétérogène

En T1 gadolinium: prise de contraste tissulaire

- Tumeur de Warthin:

En séquence T1: iso ou hyposignal avec parfois de hypersignaux focaux

En séquence T2: hypersignal dans les formes kystiques

hyposignal dans les formes charnues

contours réguliers sans encapsulation

En T1 gadolinium: prise de contraste hétérogène

Malgré l'intérêt de l'IRM sur la conduite thérapeutique d'une tumeur parotidienne, elle est limitée du fait de sa faible disponibilité, même dans les pays développés.

Tableau 1: IRM et Tumeur parotidienne

	Description	Séquence T1	Séquence T2	Après injection
Adénome Pléiomorphe	Bien limité	Hyposignal	Hypersignal	Rehaussement homogène parfois hétérogène
Tumeur Warthin	Bien limitée parfois multiple	parfois zone hypersignal	signal hétérogène	pas de rehaussement ou rehaussement péripérifique
Carcinome	mal limité contours flous infiltrant parfois bien limité	hyposignal	hyposignal	rehaussement marqué mal limité

4.2.4. LES AUTRES EXAMENS :

- **la sialographie:** elle est en règle inutile et n'a plus aucune indication dans la pathologie tumorale.

- **la scintigraphie:** introduit dans les années 1980 dans le cadre du diagnostic de cystadénolymphome et des oncocyomes, son utilisation dans le cadre de la pathologie tumorale parotidienne est aujourd'hui tombée dans l'oubli

- l'échographie parotidienne:

Les avantages certains de l'échographie sont son faible coût, sa large disponibilité, sa réalisation simple et son caractère non invasif, ni douloureux.

Sa sensibilité dans la détection des tumeurs du lobe superficiel de la parotide est proche de 100%. Cependant, elle est limitée dans l'exploration du lobe profond à cause de la branche montante de la mandibule et l'apophyse mastoïde. L'échographie a pour intérêt essentiel de guider la cytoponction (9)(15)

→ les tumeurs bénignes de plus de 1cm apparaissent homogènes avec contours nets et réguliers.

→ les tumeurs malignes présentent une image inhomogène, des limites irrégulières et floues.

→ en deçà de 1 cm, les critères de malignité sont peu discernables.

Dans notre série d'étude, les résultats de l'examen clinique, cytodiagnostic et IRM sont concordants avec les résultats anatomo-pathologiques définitifs de la pièce opératoire.
(Nature bénigne dans 100% de cas)

En pratique, la clinique, le cytodiagnostic et l'échographie sont les examens clés pour la conduite thérapeutique d'une tumeur parotidienne à Madagascar.

L'IRM n'existe pas et la tomodensitométrie est de faible disponibilité.

4.3. ANATOMO-PATHOLOGIE des TUMEURS PAROTIDIENNES

Les tumeurs des glandes salivaires sont essentiellement localisées dans la glande parotide. Environ 80% des tumeurs parotidiennes sont bénignes et plus de 95% des tumeurs des glandes salivaires surviennent chez l'adulte.

Les tumeurs de loin les plus fréquentes sont de souche épithéliale qui se divisent en deux groupes: (16)(17)(18)

- les tumeurs bénignes ou adénomes
- les tumeurs malignes ou carcinomes

Elles sont classées d'après la classification de l'OMS de 1992

Il existe une grande diversité des formes anatomopathologiques puisque neuf formes d'adénomes (dominés par l'adénome pléiomorphe et la tumeur de Warthin) et 18 formes de carcinomes (dominés par les carcinomes à cellules acineuses, muco-épidermoïde et adénoïde kystique) sont décrites à côtés des tumeurs non épithéliales, des lymphomes et des tumeurs secondaires.(tableau 2)

Dans notre étude, l'examen anatomopathologique définitif de la pièce de la parotidectomie montre que:

- 07 patients sont porteurs d'une tumeur mixte ou adénome pléiomorphe soit 70% des cas
- 02 patients porteurs d'un cystadénolymphome ou tumeur de Wharthin, soit 20%
- 01 patient porteur d'un adénome cellule basale, soit 1% de cas.

Tableau 2: Classification des tumeurs des glandes salivaires

TUMEURS BENIGNES
1 Adénome pléiomorphe
2 Myoépithéliome
3 tumeur de Warthin
4 Adénome à cellules basales
5. Adénome canaliculaire
6.oncocytome
7.papillome canalaire
8.lymphadénome et adénome sébacé
9.sialoblastome
CARCINOMES
1. adénocarcinome à cellules acineuses
2. carcinome muco-épidermoïde
3. carcinome adénoïde kystique
4. adénocarcinome polymorphe de bas grade
5. tumeurs mixtes malignes
6. carcinome malpighien
7. adénocarcinome à cellules basales
8. carcinome épithéliale – myoépithéliale
9. adénocarcinome à cellules claires
10. cystadénocarcinome
11. carcinome indifférencié
12. carcinome oncocytaire
13. carcinome des canaux salivaires
14. adénocarcinome sébacé
15. carcinome myoépithérial
16. carcinome adénosquameux
17. adénocarcinome SAI
18. myoépithélioma malin
LYMPHOMES MALINS
TUMEURS SECONDAIRES

4.3.1. ADENOME PLEIOMORPHE (ou tumeur mixte)

Il constitue la variété la plus fréquente au niveau de la parotide environ 74% à 80% selon les séries (16)(18)

Notre étude correspond aux données de la littérature (70% de cas de tumeur mixte)

→ Macroscopie: c'est une tumeur nodulaire, bien circonscrite, voire encapsulée par une gangue conjonctive, est habituellement de couleur blanchâtre. La consistance est variable, ferme ou molle et gélatiniforme.

Selon les pièces de parotidectomies, la tumeur fait parfois saillie à la surface du tissu parotidien ou peut être profondément encastrée dans le tissu glandulaire.

→ Histopathologie: la structure est presque toujours caractéristique.

C'est une tumeur caractérisée par un double contingent tissulaire:

- Prolifération des cellules épithéliales et myoépithéliale
- encastrées dans une composante conjonctive, ou stroma myxoïde et/ou chondroïde

Les cellules épithéliales sont disposées en lobules pleins ou groupées autour des cavités glanduliformes et les cellules myoépithéliales sont habituellement fusiformes ou étoilées.

Les récidives insitu dans la loge parotidienne sont classiques et pourraient être liées à un essaimage secondaire à une exposition capsulaire ou à sa rupture accidentelle.

La transformation maligne d'adénome pléiomorphe demeure rare.

4.3.2. TUMEUR DE WARTHIN ou CYSTADENOLYMPHOME

Il s'agit de la tumeur bénigne de la parotide la plus fréquente après les adénomes pléiomorphes.

Elle doit son nom à l'anatomopathologiste américain AS Warthin qui l'a défini en 1925.

Elle représente 5 à 15% des tumeurs de la parotide selon les séries.(16)(17)(18) Notre étude constitue de 2% de tumeur de Warthin, deuxième après la tumeur mixte.

→ Macroscopie: l'aspect est très évocateur. Il s'agit d'un nodule très bien limité, charnu, moux, de couleur rose brun, creusé d'une ou plusieurs cavités renfermant un liquide rougeâtre.

→ Histopathologie:

La tumeur est caractérisée par des structures kystiques et pseudo-papillaires, bordées par des cellules épithéliales très volumineuses éosinophiles d'aspect oncocytaire.

L'axe des papilles et le tissu de soutien sont occupés par des nappes de tissu lymphoïde.

La transformation maligne de la tumeur de Warthin est exceptionnelle.

4.3.3. ADENOME A CELLULE BASALE:

C'est une tumeur rare (1 à 2% des tumeurs des glandes salivaires), survenant avec un âge de prédisposition autour de 70 ans. Elle affecte surtout la glande parotide (dans 70%).

Elle représente 10% dans notre série d'étude qui est relativement haute par rapport aux données de la littérature. Il nous semble que la faible quantité d'échantillon d'étude expliquait ce résultat.

→ Macroscopie: c'est un nodule arrondi, ferme, bien limité. À la coupe, il est charnu, beige rosé ou brun.

→ Histopathologie:

il s'agit d'une tumeur monotone, faite d'îlots ou de travées de cellules épithéliales basaloïdes de petite taille comportant des noyaux sombres sans atypie de mitose.

Selon la densité cellulaire et l'architecture prédominante, on distingue plusieurs sous-types:

- forme solide avec masse compacte de cellules épithéliales basophiles
- forme trabriculaire et tubulaire avec cellules basophiles disposées en « cordons »
- type membraneux: où des cellules basales épaisses et hyalines PAS (+)

4.4. PAROTIDECTOMIE PAR VOIE LIFTING:

Lors d'une parotidectomie, l'impératif d'exposition chirurgicale est fondamentale, de manière à assurer un geste d'exérèse sécurisé et complet.

L'aspect esthétique est souvent considéré comme secondaire, bien qu'important, en particulier dans le cadre de tumeur bénigne, qui représente la grande majorité des tumeurs parotidiennes. (14)

Par ordre décroissant, les motifs d'inquiétude des patients placés dans la perspective d'une parotidectomie sont:

- la parésie faciale
- la cicatrice
- la modification du contour du visage
- et le syndrome de Frey

Cette inquiétude est d'autant plus marquée que les indications de parotidectomie pour adénome pléiomorphe concernent souvent des femmes jeunes.

Une fois que la parotidectomie a été réalisée par voie classique, les deux séquelles qui perturbent le plus les patients sont le creux au niveau de la zone opérée et le syndrome de Frey.

Différents types d'incision ont été proposés pour optimiser les résultats cosmétiques des parotidectomies (2)(4)(19-24)

L'intérêt de la technique d'incision dissimulée de lifting pré-capillaire associée à un lambeau de SMAS, est de ne laisser aucune séquelle cicatricielle cutanée, tout en permettant une excellente exposition de la région parotidienne.

Cette incision s'intègre dans le cadre d'un concept de chirurgie minimale invasive.

4.4.1. L'INCISION:

Pour mémoire, l'incision de Redon dit classique comporte un segment pré-auriculaire verticale, un segment curviligne sous lobulaire et un troisième segment vertical descendant le long du bord antérieur du muscle SCM.

L'incision de lifting passe derrière le tragus, dans le pli de lobule de l'oreille et rejoint la ligne capillaire et positionné au niveau de la ligne de l'insertion des cheveux. Cette incision totalement dissimulée permet d'atténuer la cicatrice cutanée cervicale du tracé classique.

- Certains auteurs ont proposé une incision similaire, justifiée dans certains cas sélectionnés par l'association d'une parotidectomie à une charge de rajeunissement facial bilatéral (4).

Un des patients de notre série présentait un cystadénolymphome bilatéral, justifiant une chirurgie parotidienne bilatérale, abordé par voie lifting, afin de limiter la rançon cosmétique séquellaire.

- certains équipes proposent le prolongement de l'incision rétroauriculaire (2ème segment) dans les cheveux. Pour eux, la cicatrice précapillaire risque de se voir si la coiffure choisie est le chignon (12)

L'exposition chirurgicale par cette voie d'abord a toujours permis une exposition large et adéquate du site opératoire, de telle sorte que la visibilité sur l'ensemble du nerf facial est excellente et la région antéro-inférieure est aisément contrôlée grâce au trait de refend supérieur horizontal dissimulé dans la patte capillaire.

4.4.2. LAMBEAU DE SMAS:

Le SMAS correspond au plan sous cutané fibreux, clivé entre la couverture aponévrotique de la glande et la peau.

La confection d'un lambeau de SMAS a un intérêt:

- fonctionnel en limitant l'incidence de syndrome de Frey, par effet mécanique d'interposition tissulaire entre le nerf auriculo-temporal et le lambeau cutané

- et esthétique en atténuant la dépression rétromandibulaire.

- Cesteleyn et Al ont montré dans son étude que le lambeau de SMAS diminuait significativement le temps de récupération nerveuse, le faisant passer en moyenne 3 mois à 6 semaines. Le mécanisme serait celui de l'apport vasculaire de cette lame porte-vaisseaux(12)

4.4.3. DEPRESSION RETRO-AURICULAIRE:

Toute parotidectomie est à l'origine d'une dépression rétro-auriculaire d'autant plus marquée que la résection glandulaire a été importante.

Le lambeau de SMAS diminue significativement les rétractions rétromandibulaires de telle sorte que si l'on observe le patient de face ou du côté opéré, on ne remarque pas de creux.

En revanche, si l'on compare méthodiquement le côté opéré au côté sain, une petite différence subsiste. Or dans la vie sociale, nous nous regardons de face ou de trois quarts, éventuellement de profil, mais nous ne nous regardons évidemment pas des deux profils simultanément(12)

Outre le lambeau de SMAS, différents procédés ont été proposés, afin d'éviter l'apparition de la dépression en postopératoire

- Greffon de tissu adipeux, greffon de fascia lata: proposés initialement, ne sont plus utilisés à cause de la nécessité d'ouverture d'un second site chirurgical (3)(25)
- Le caillot sanguin, favorisant une fibrose, placé dans la loge a été proposé par Trotoux en 1994 (5)(9)(26)
- Le lambeau du muscle SCM, proposé par Jost en 1968, permet un comblement, mais présente une atrophie musculaire à long terme (5)
- Le fascia temporalis : il a été proposé en 1989 par ZAOLI. Mais il est réservé aux cas où le lambeau de SMAS ne peut être réalisé.
- L'implant synthétique, la technique d'injection de graisse autologue.

Tous ces procédés ont pour but de combler la loge parotidienne vacante. Le lambeau de SMAS a l'avantage d'être plus physiologique que les autres procédés, sans modifier les rapports anatomiques. Ceci présente un intérêt particulier étant donné la possibilité de reprise chirurgicale future.

4.4.4. SYNDROME DE FREY:

Encore appelé syndrome du nerf auriculo-temporal, il a été décrit en 1923 par Madame Lucie Frey. Il associe une hyperhydrose et un érythème cervico-facial survenant lors de l'alimentation. Son intensité est variable, allant d'une discrète congestion au ruissellement de toute la région temporo-parotidienne.

Cette symptomatologie apparaît 1 à 2 mois après l'intervention, le plus souvent dans les 6 mois en postopératoire. Sa fréquence est diversement appréciée, variant de 10 à 40% selon les statistiques. (9)(12)

Cette incidence semble sous-estimée par la seule observation clinique. Le test à l'amidon iodé, lorsqu'il est pratiqué de principe, se montre toujours positif dans des suites de parotidectomie, comprenant une dissection du nerf facial.(12)

Le syndrome de Frey paraît donc fréquent mais rarement gênant.

La pathogénie en est discutée mais l'hypothèse la plus vraisemblable est celle d'une régénération aberrante des branches axonales du nerf parasympathique, destinées aux glandes sudoripares sous cutanées.

De très nombreuses techniques ont été proposées pour prévenir la survenue d'un syndrome de Frey et qui consiste à réaliser une barrière anatomique entre les fibres du facial disséquées et le tissu sous cutané décollé.

- il peut s'agir de l'interposition de SMAS, de derme, de graisse hypodermique ou des dermes synthétiques (Alloderm)
- les techniques visant à sectionner pendant l'intervention le nerf auriculo-temporal n'ont pas fait la preuve de leur intérêt
- la dure-mère lyophilisée n'est plus commercialisée en raison du risque de contamination par le prion responsable de la maladie de Creutzfeld -Jacob.

Actuellement, l'interposition du SMAS est la technique la plus utilisée et qui semble donner les meilleurs résultats puisque le taux de syndrome de Frey après test objectif est de moins de 8% dans les études de la littérature chez les patients ayant le plus souvent été opérés d'une parotidectomie exofaciale.

Le lambeau de SMAS diminue l'incidence du syndrome de Frey en s'interposant entre les deux contingents nerveux. Les quelques syndromes de Frey survenant avec cette technique semblent être dus à des lambeaux de SMAS trop fins ou perforés lors de la dissection et non réparés. (12)

Dans notre série, au terme d'un délai moyen de 6 mois, aucun syndrome de Frey n'a été rapporté par les patients. Une surveillance prolongée est malgré tout nécessaire dans la mesure où ce type de phénomène peut survenir plus tardivement.

Il est cependant à noter que l'utilisation de toxine botulique de type A (Botox) a révolutionné le traitement de syndrome de Frey invalidant. La durée moyenne d'efficacité de ce traitement est de 17 mois et même si des réinjections sont souvent nécessaires, le bénéfice apporté par ce traitement est important.

Mais « mieux vaut prévenir que guérir »

En bref, le lambeau de SMAS ne peut pas être réalisé systématiquement, en particulier par des raisons de règles d'exérèse carcinologique. Ceci concerne les tumeurs malignes superficielles au contact du SMAS, ainsi que les tumeurs mixtes très superficielles au contact des SMAS, plus fréquents, dont l'exérèse doit emporter l'environnement péri-capsulaire, afin d'éviter de laisser dans le champ opératoire des pseudopodes et nodules satellites.(27)

5.CONCLUSION:

L'association d'une incision dissimulée pré-capillaire type lifting facial à un lambeau de SMAS procure un excellent résultat cosmétique dans les suites d'une parotidectomie. Ainsi, la rançon cicatricielle cutanée apparaît nulle, de même que la dépression rétro-auriculaire discrète voire inexistante.

Cette technique ne présente pas d'inconvénient majeur et doit pouvoir être utilisé à tous les types de tumeurs de la parotide, dès lors que les plans superficiels, y compris le SMAS, sont indemnes et à distance de la tumeur opérée.

Au même titre que des considérations esthétiques sont devenues incontournables en terme de pathologie tumorale mammaire, ces abords dissimulés esthétiques sont justifiés en pathologie parotidienne.

Les patients sont demandeurs d'incisions permettant une cicatrisation de bonne qualité, discrètes, idéalement dissimulées.

Le problème de la dépression rétro-auriculaire, ainsi que le potentiel syndrome de Frey, doivent être pris en considération et évités, par l'utilisation d'un lambeau de SMAS. Quoiqu'il en soit, l'utilisation de ce type d'incision dissimulée est restée peu diffusée et le fait de quelques chirurgiens.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Gutierrez A. Tumores de la glandula parotida. Su extirpacion. Rev Cirugia 1923 ;3 :23-27
- 2 Bonanno PC, Palaia D, Rosenberg M, Casson P. Prophylaxis against Frey's syndrome in parotid surgery. Ann Plast Surg. 2000;44(5):498-501.
- 3 Jost G, Guenon P, Gentil S. Parotidectomy: a plastic approach. Aesthetic Plast Surg. 1999;23(1):1-4.
- 4 Boynton JF, Cohen BE, Barrera A. Rhytidectomy and parotidectomy combined in the same patient. Aesthetic Plast Surg. 2006;30(1):125-31.
- 5 Chow TL, Lam CY, Chiu PW, Lim BH, Kwok SP. Sternomastoid-muscle transposition improves the cosmetic outcome of superficial parotidectomy. Br J Plast Surg. 2001;54(5):409-11.
- 6 Jeng SF, Chien CS. Adipofascial turnover flap for facial contour deformity during parotidectomy. Ann Plast Surg. 1994;33(4):439-41.
- 7 Kim SY, Mathog RH. Platysma muscle-cervical fascia-sternocleidomastoid muscle (PCS) flap for parotidectomy. Head Neck. 1999;21(5):428-33.
- 8 P. Kamina. Précis d'anatomie clinique. Maloine. Paris. 2004; II: 204
- 9 P.Gehanno, B. Guerrier, J.J. Pessey, M. Zanaret. Les tumeurs de la parotide. Les monographies du CCA groupe. 2003; n°35
- 10 P. Bonfils, J.M. Chevallier. Anatomie ORL. Flammarion. Paris. 2005:138-139; 376-377
- 11 B. Petelle, E. Sauvaet, Tran Ba Huy. Parotidectomies. Encycl-Med-Chir Techniques chirurgicales – Tête et cou. Paris. 2003; 46-510: 11p
- 12 (D) J.P. Meningaud. Parotidectomy subtotal par voie de lifting. Encycl-Med-Chir Stomatologie. Paris. 2005; 22-351-A-11: 1-4
- 13 Paris J, Facon F, Chrestian MA, Giovanni A, Zanaret M. Récidives d'adénomes pléiomorphes parotidiens : nouveaux concepts. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 2004;125(2):75-80.
- 14 Paris J, Facon F, Pascal T, Chrestian MA, Moulin G, Zanaret M. Preoperative diagnostic values of fine-needle cytology and MRI in parotid gland tumors. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2005;262(1):27-31.

- 15 K. Marsot Dupuch et Al. Imagérie des glandes salivaires. Encycl-Med-Chir Radiodiagnostic – appareil digestif. 2003; 33-020-A-10: 24p
- 16 P. Bonfils. Tumeurs des glandes salivaires. Encycl-Med-Chir ORL. Paris. 2007; 20-628-B-10: 18p
- 17 M. Auriol et Le Charpentier. Tumeurs ds glandes salivaires. Anatomie pathologique. Encycl-Med-chir Stomatologie. Paris. 2001; 20-057-B-15:8p
- 18 P. Halimi et Al. Les tumeurs des glandes salivaires. Rév Cancer/Radiothérapie. 2005; n°9: 251-260
- 19 Honig JF. Omega incision face-lift approach and SMAS rotation advancement flap in parotidectomy for prevention of contour deficiency and conspicuous scars affecting the neck. Int J Oral Maxillofac Surg. 2005;34(6):612-8.
- 20 Cohen S. Personal experience with an alternate incision for parotidectomy. J Otolaryngol. 1988;17(7):382-4.
- 21 Murthy P, Hussain A, McLay KA. Parotidectomy through a rhytidectomy incision. Clin Otolaryngol Allied Sci. 1997;22(3):206-8.
- 22 Terris DJ, Tuffo KM, Fee WE Jr. Modified facelift incision for parotidectomy. J Laryngol Otol. 1994;108(7):574-8.
- 23 Ferreria JL, Maurino N, Michael E, Ratinoff M, Rubio E. Surgery of the parotid region: a new approach. J Oral Maxillofac Surg. 1990;48(8):803-7.
- 24 Bonanno PC. Parotidectomy, a plastic approach. Aesthetic Plast Surg. 2000;24(3):235.
- 25 Harada T, Inoue T, Harashina T, Hatoko M, Ueda K. Dermis-fat graft after parotidectomy to prevent Frey's syndrome and the concave deformity. Ann Plast Surg. 1993;31(5):450-2.
- 26 Trotoux J. Technique du traitement intra-opératoire de la dépression rétromandibulaire après parotidectomie par caillot de sang. 1994;111(1):35-7 Ann Otolaryngol Chir Cervicofac. 1994;111(1):35-7.
- 27 Paris J, Coulet O, Facon F, Chrestian MA, Giovanni A, Zanaret M. Cancers primitives de la parotide: approche anatomo-clinique. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2004;105(6):309-15.