

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
 PREMIERE PARTIE : RAPPELS	3
 <i>1. ANATOMIE DES GLANDES SALIVAIRES</i>	3
1. 1. Différents types de glandes salivaires	3
1. 2. Physiologie des glandes salivaires.....	10
 <i>2. TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES</i>	11
2. 1. Définition	11
2. 2. Epidémiologie.....	11
2. 3. Différents types.....	12
2. 4. Diagnostic positif.....	13
2. 4. 1. Circonstance de découverte	13
2. 4. 2. Signes d'examen.....	13
2. 4. 3. Bilan diagnostique.....	14
2. 4. 4. Examens paracliniques.....	15
2. 5. Diagnostics différentiels.....	16
 <i>3. TRAITEMENT DES TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES</i>	16
3. 1. Bilans préthérapeutiques.....	16
3. 1. 1. Bilan locorégional.....	16
3. 1. 2. Bilan à distance	16
3. 2. Buts.....	17
3. 3. Moyens.....	17
3. 4. Indications et stratégies thérapeutiques.....	18
3. 5. Complications et effets secondaires.....	23
3. 6. Surveillance.....	23
 <i>4. PRONOSTIC DES TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES</i>	24
 DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	25

<i>1. MATERIEL ET METHODE</i>	25
1.1 Lieu d'observation.....	25
1.2 Méthode.....	25
1.2.1 Sélection des dossiers.....	25
1.2.2 Paramètres analysés	25
1.3.3 Présentation des cas	26
1.3 Période d'étude.....	26
 <i>2. RESULTAS</i>	 26
2. 1. Observation N°1.....	26
2. 2. Observation N°2.....	28
2. 3. Observation N°3.....	30
2. 4. Observation N°4.....	32
2. 5. Observation N°5.....	33
 TROISIEME PARTIE : DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS	 35
 <i>1. DISCUSSIONS</i>	 38
<i>2. SUGGESTIONS</i>	50
2. 1. Communication pour le changement de comportement (3C).....	51
2. 2. Prise en charge active et précoce.....	52
2. 3. Prévenir les récidives.....	52
II-	
III-	
IV- CONCLUSION	53

V- LISTE DES FIGURES

Figure 1

Coupe frontale des glandes sous-mandibulaire et sous linguale dans leurs loges..... 4

Figure 2

Coupe horizontale de la glande parotide dans sa loge..... 5

Figure 3

Vue externe d'ensemble des glandes principales.....6

Figure 4

Plancher buccal et ses deux glandes..... 7

Figures 5

Histologie de la glande parotide..... 8

Figure 6

Histologie de la glande sous-mandibulaire..... 8

Figure 7

Histologie de la glande sous-linguale..... 8

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1

synthèse de l’histoire de la maladie et des résultats anatomopathologiques des tumeurs de glandes salivaires dans notre étude.....	35
---	----

Tableau 2

aperçu global de l’aspect clinique et de l’évolution des tumeurs de glandes salivaires dans notre étude.....	36
---	----

Tableau 3

aperçu global de la prise en charge des tumeurs de glandes salivaires dans notre étude.....	37
--	----

INTRODUCTION

Chez l'homme, les glandes salivaires sont cliniquement divisées en glandes majeures et mineures, et fonctionnellement en glandes séreuses, muqueuses et séro-muqueuses (mixtes) [1].

Les glandes salivaires sont à l'origine d'une grande variété de tumeur, le degré de malignité semble augmenter avec la diminution de la taille glandulaire [2, 3].

Parmi les tumeurs des glandes salivaires, plus de 80% des cas sont des tumeurs épithéliales bénignes siégeant au niveau des glandes salivaires principales, en particulier la parotide. Les tumeurs parotidiennes les plus fréquentes sont bénignes : l'adénome pléomorphe qui représente 60 à 70 % de toutes les tumeurs salivaires [2, 3, 4].

Le pourcentage des tumeurs malignes est plus important dans les autres localisations et tout particulièrement au niveau des glandes salivaires accessoires. Le palais constitue le site principal des tumeurs salivaires accessoires buccales (55 % des cas) [3, 4].

Ces tumeurs sont uniques parmi les tumeurs de la tête et du cou, par leur diversité histopathologique. Elles posent depuis longtemps des problèmes de nomenclature et de classification. Ces problèmes sont compliqués par la relative rareté de ces tumeurs salivaires [3].

Les tumeurs des glandes salivaires constitueraient environ 3 % du total de toutes les tumeurs du corps et moins de 5 % des tumeurs de la tête et du cou [5, 6].

L'incidence des tumeurs des glandes salivaires est faible, comprise entre 1 à 3 pour 100.000 [3, 7].

Les facteurs qui influencent ces incidences sont constatés mais mal connus [3].

La fréquence des tumeurs malignes augmente avec l'âge, sa fréquence maximale se situe dans la huitième décennie [8].

A notre connaissance, peu d'études ont été consacrées à l'étude des tumeurs des glandes salivaires à Madagascar. La rareté des tumeurs malignes des ces glandes ainsi que la difficulté de la prise en charge nous incitent à réaliser cette étude rétrospective concernant la prise en charge des patients porteurs de ces types de cancers depuis leur première consultation.

L'objectif de ce travail est de décrire la réalité malgache concernant les tumeurs des glandes salivaires par rapport aux données de la littérature afin d'améliorer la prise en

charge de ces tumeurs. C'est une étude faite dans le Service Oncologie Radiothérapie du CHU Antananarivo durant l'année 2003.

Nous ferons en premier lieu les rappels anatomo-physiologiques des glandes salivaires, puis sur les tumeurs de ces glandes. Nous passerons ensuite à la présentation de notre étude. Nos discussions et suggestions suivies de conclusions termineront notre travail.

PREMIERE PARTIE : RAPPELS

1 : ANATOMIE DES GLANDES SALIVAIRES

Les glandes salivaires sont parmi les organes essentiels de la bouche, ils constituent un appareil de digestion chimique [9].

Le collier salivaire cervical est constitué par trois glandes paires : les 2 parotides, les 2 sous-mandibulaires, les 2 sous-linguales, et de multiples glandes salivaires accessoires tapissant la cavité buccale et le pharynx [4].

1.1 Différents types de glandes salivaires [3, 10, 11, 12]

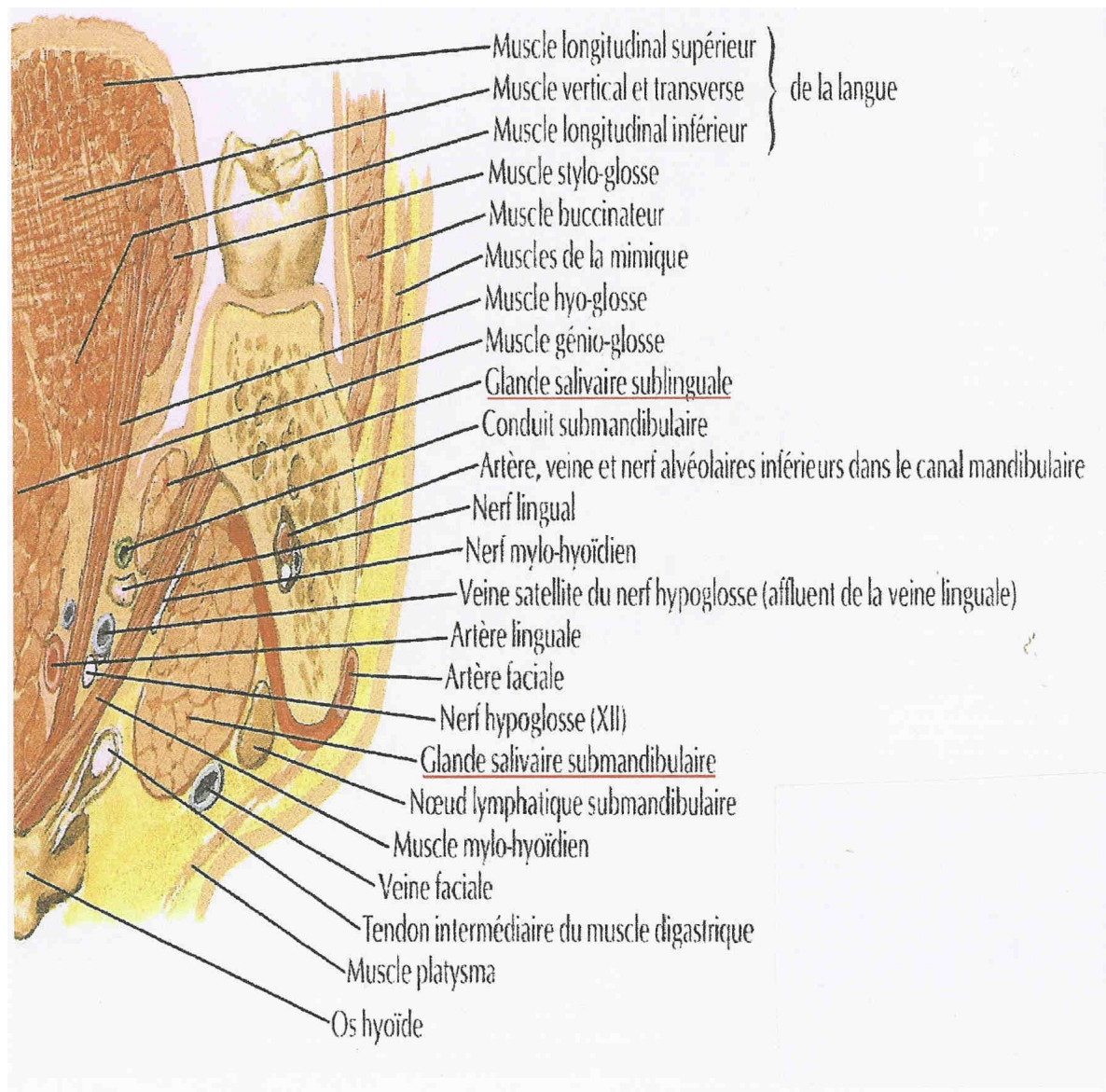
On distingue les glandes salivaires principales (parotides, sous-mandibulaires et sous-linguales) et les glandes salivaires accessoires (surtout au niveau du palais, du plancher buccal, de la base de la langue, des trigones rétromolaires, des régions périamygdaliennes, des parois pharyngées, du larynx et des sinus de la face).

*** La glande parotide est la plus volumineuse : souvent bilobée, de coloration jaune rosée, elle pèse entre 25 et 30 grammes ; de consistance ferme, une surface lobulée entourée d'une capsule. Elle est située derrière la branche montante de la mandibule (devant l'oreille).**

A l'intérieur de la glande circulent l'artère carotide externe et le confluent veineux parotidien. Les ganglions lymphatiques sont très nombreux, intra et extra glandulaires, et se drainent dans la chaîne jugulaire interne.

La loge parotidienne est traversée par deux nerfs : le nerf auriculo-temporal et le nerf facial qui est le plus superficiel des éléments intraparotidiens.

Son canal excréteur ou canal de Sténon mesure environ 4 cm de long avec un diamètre de 3mm, il se termine par un orifice papillaire punctiforme (ostium) dans la muqueuse buccale qui regarde le collet de la deuxième molaire supérieure. La glande parotide est une glande séreuse pure possédant des passages de Boll (pièce intercalaire du système des canaux excréteurs) et des canaux excréto-sécréteurs.



**Figure 1 : Coupe frontale des glande sous-mandibulaire
et sous-linguale dans leurs loges**

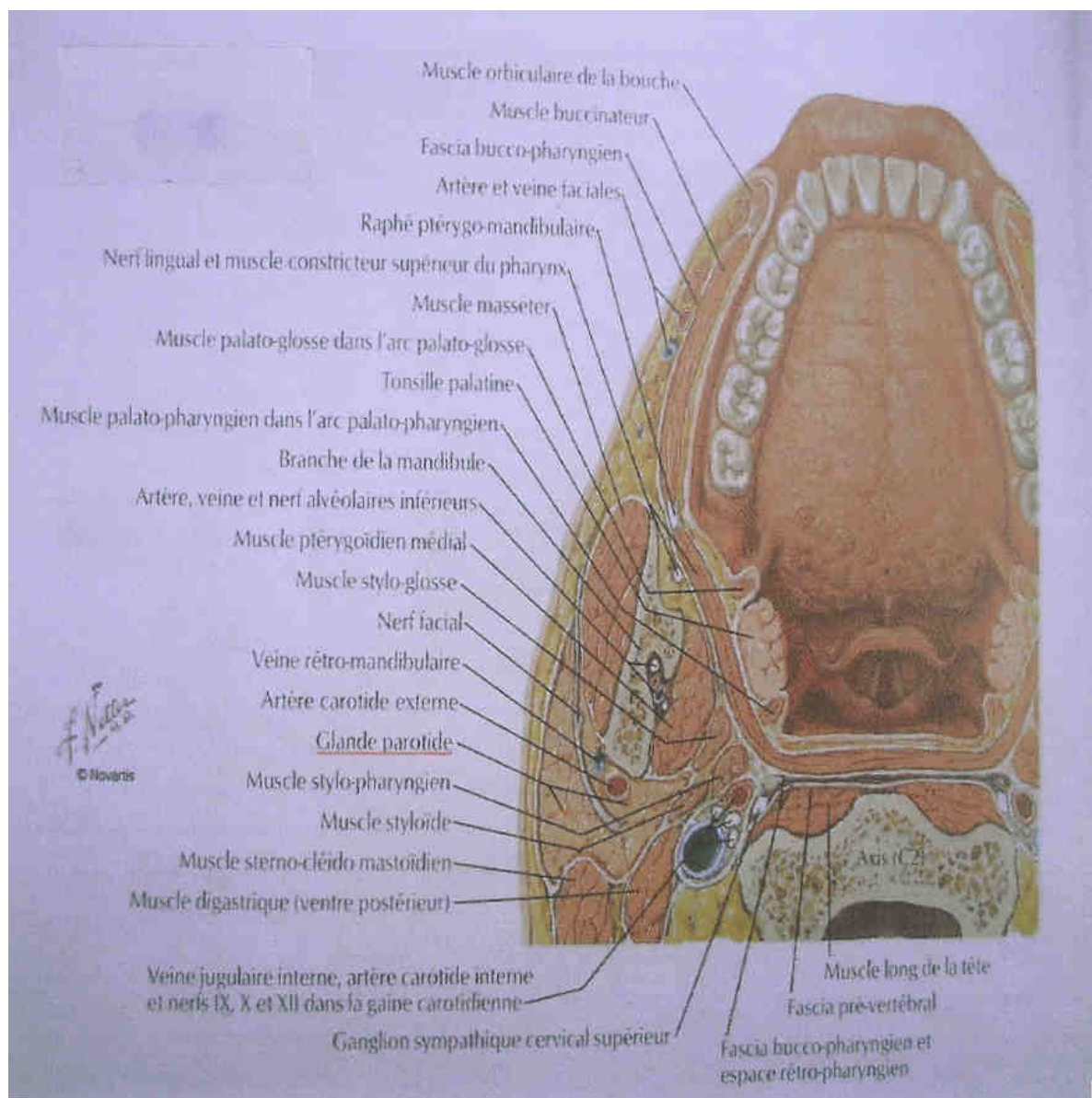
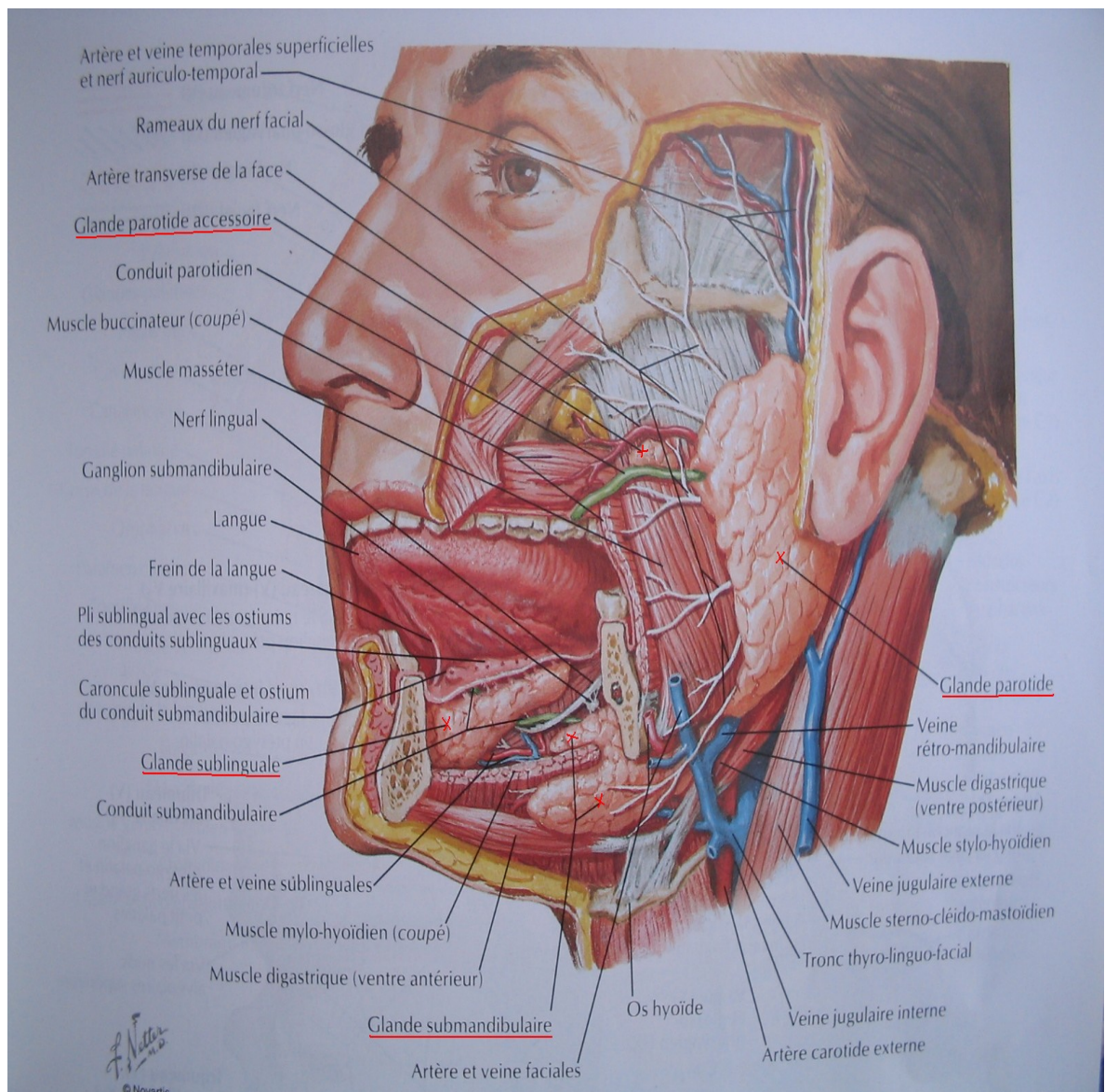


Figure 2 : Coupe horizontale de la glande parotide dans sa loge



**Figure 3 : Vue externe d'ensemble des glandes principales
(parotide– sous-mandibulaire – sous-linguale)**

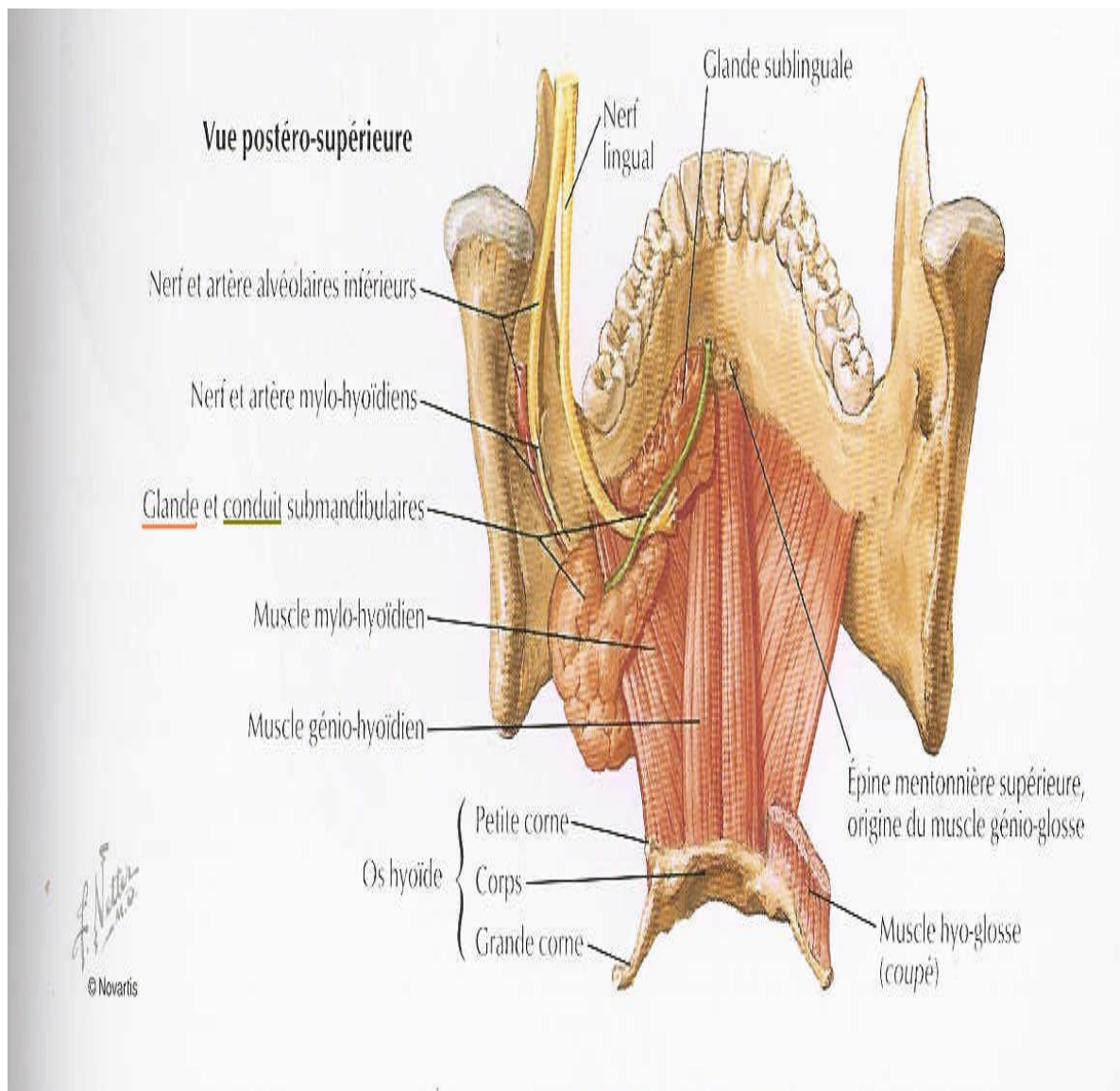


Figure 4 : Plancher buccal et ses deux glandes
(sous-mandibulaire et sous-linguale)

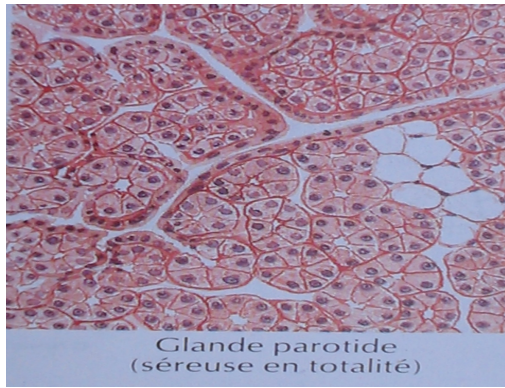


Figure 5 : Histologie de la glande parotide (séreuse)

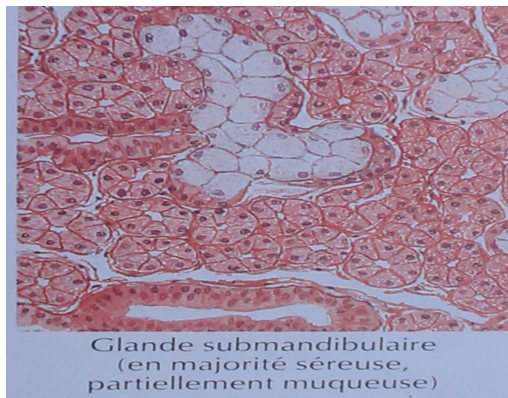


Figure 6 : Histologie de la glande sous-mandibulaire (séreuse et muqueuse)



Figure 7 : Histologie de la glande sous-linguale (muqueuse)

* La glande sous-mandibulaire pesant 6 à 8 grammes, a une couleur gris rose, une consistance ferme, un aspect lobulaire et est encapsulée. Elle est logée à la partie latérale

de la région sus-hyoïdienne, située dans le plancher de la bouche en se plaçant dans l'espace entre la mandibule et le muscle digastrique.

La glande est vascularisée par les vaisseaux faciaux. Les nerfs proviennent du ganglion sous-mandibulaire, du nerf lingual et de la corde du tympan. Les ganglions lymphatiques se drainent dans la chaîne jugulaire interne.

La glande recouvre de sa portion ventro-caudale le nerf grand hypoglosse, le nerf lingual passe dans la partie supérieure en croisant sa loge.

Son canal excréteur ou canal de Wharton a une longueur de 4 à 5 cm pour un diamètre de 2 à 3 mm, chemine au-dessus du muscle mylo-hyoïdien jusqu'à la muqueuse sous-linguale où il s'ouvre par un petit orifice.

La glande sous-mandibulaire est une glande mixte à prédominance séreuse possédant des passages de Boll, dont certains sont transformés en tubes muqueux, et des canaux excréto-sécréteurs. Les acini séreux sont annexés au tube muqueux à la manière de capuchons semi-lunaires (croissant de Gianuzzi ou de von Ebner).

* La glande sous-linguale est la plus petite des glandes salivaires majeures, de couleur gris rosée, elle pèse 2 à 3 grammes. Elle est située dans le plancher de la bouche de chaque côté de la langue.

La glande est vascularisée par l'artère sous-linguale et elle reçoit les veines sous-linguales profondes et la veine ranine. L'innervation se fait par le nerf sous-lingual, et le drainage lymphatique se fait dans la chaîne jugulaire interne.

Le principal canal excréteur est le canal dit de Rivinus ou encore de Bartholin qui s'abouche à la caroncule sous-linguale, ce canal peut aussi se jeter directement dans le canal de Wharton.

La glande sous-linguale est une glande mixte à prédominance muqueuse. Les passages de Boll et les canaux excréto-sécréteurs font presque entièrement défaut.

* Les glandes salivaires accessoires sont disséminées sous les muqueuses de toute la cavité buccale, à l'exception des gencives et de la partie interne du palais osseux. Ce sont des petits amas d'unités sécrétoires, non encapsulés, s'ouvrant en bouche via de courts canalicules.

Elles se divisent en quatre groupes principaux :

2. glandes labiales : occupent la face interne des lèvres (glandes labiales) et sont purement muqueuses ;
3. glandes jugales : sont annexées à la muqueuse des joues (glandes buccales) et sont aussi purement muqueuses ;
4. glandes palatines et vélaires : regroupées en paquets dans les parties postero-latérales du palais osseux , ainsi que dans la sous-muqueuse vélaire et uvulaire, ces glandes sont purement muqueuses ;
5. glandes linguales : divisées en plusieurs sous-groupes :
 6. le groupe antérieur et ventral (glandes de Blandin-Nuhn) sont surtout muqueux ;
 7. le groupe postérieur et dorsal, (glandes de Von Ebner) purement séreux ;
 8. les glandes muqueuses de Weber en arrière des bords latéraux de la langue et sur les régions amygdaliennes.

1.2 Physiologie des glandes salivaires

Les glandes salivaires sont à l'origine de la fabrication et de la sécrétion de la salive. Ce sont des organes constitués d'une multitude de cellules spécialisées [13].

C'est dans la bouche que la nourriture est mastiquée, mélangée et humectée avec la salive contenant des enzymes qui commencent le processus de digestion chimique [9].

Au cours de la mastication, les aliments sont imprégnés de salive dans la cavité buccale. La salive facilite le glissement, contient un enzyme dégradant l'amidon (amylase) et est bactéricide. Sa sécrétion est déclenchée par voie réflexe à partir des chémorécepteurs de la bouche, des mouvements de mastication et de stimuli psychiques par l'intermédiaire des nerfs sympathiques et parasympathiques (système nerveux autonome, autorégulateur) [11, 13].

La quantité sécrétée est de 0,7 à 1 litre par jour (jusqu'à 1,5 L par jour) [11,13].

Les glandes séreuses (ou les composantes séreuses des glandes) sécrètent une salive de dilution riche en sels et protéines, alors que les glandes muqueuses sécrètent une salive de lubrification, épaisse, filante, pauvre en sels et protéines [11, 13].

En dehors des repas, la salive est continuellement sécrétée et déglutie (avalée) 1 à 3 fois par minute. Pendant les repas, la sécrétion est accrue, elle est presque nulle pendant le sommeil [3, 13].

En plus d'humecter les muqueuses buccales et du pharynx, la salive facilite la phonation, la mastication et la déglutition [13]. La salive possède également un rôle antiseptique (contre les microbes) et un rôle de protection de l'œsophage [13].

2 : TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES

2.1 Définition

Une tumeur maligne de la glande salivaire est une prolifération excessive et anarchique d'une cellule glandulaire et/ou du tissu conjonctif anormale transformée, qui envahit les structures voisines et qui a tendance à produire des tumeurs secondaires à distance [14, 15].

2.2 Epidémiologie

Ces tumeurs salivaires sont rares, l'incidence est comprise entre 1 à 3 pour 100.000 [3].

Les tumeurs des glandes salivaires constitueraient environ 3 % du total de toutes les tumeurs du corps [5].

Ces tumeurs représentent moins de 5 % des tumeurs de la tête et du cou [6].

Les glandes parotides sont souvent les plus affectées, avec 85 à 90 % de toutes les tumeurs des glandes salivaires. La plupart des autres localisations seraient sous-mandibulaires (5 à 10 %) et salivaires accessoires (10 à 15 %). Les tumeurs des glandes sous-linguales sont très rares (moins de 1 % des cas) [3].

La lèvre inférieure constitue le site le moins fréquent de toutes ces tumeurs [3].

Certains facteurs influencent ces incidences [3], ce sont les :

- facteurs raciaux : les Esquimaux constituent, pour des raisons inconnues, un groupe à haut risque ; dans les populations noires des Etats-Unis et d'Afrique, les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes ;
- facteurs géographiques : les tumeurs des glandes salivaires accessoires seraient plus fréquentes dans certaines régions du monde comme l'Afrique du Sud, l'Ouganda, l'Egypte ou les Indes ; les tumeurs salivaires sont anormalement élevées chez les survivants japonais des bombardements atomiques.
- autres facteurs : les tumeurs des glandes salivaires sont anormalement élevées chez les patientes atteintes de cancer du sein.

Le degré de malignité augmente avec la diminution de la taille glandulaire [3].

La fréquence des tumeurs malignes augmente avec l'âge, la fréquence maximale se situe dans la huitième décennie [8].

2.3 Différents types

Les variétés sont nombreuses. Il existe plusieurs nomenclatures et classifications des tumeurs glandulaires salivaires.

* Selon les tissus : les tumeurs peuvent se développer à partir des tissus glandulaires ou bien à partir des tissus conjonctifs ou autres (voir annexe 1) [16].

* Selon la nature : regrouper en tumeurs bénignes et tumeurs malignes qu'elles soient d'origine épithéliales ou non, ainsi que les tumeurs métastatiques des glandes salivaires (voir annexe 2) [17].

La plus courante est l'adénome pléomorphe ou tumeur mixte (60 à 70 % de toutes les tumeurs salivaires) : tumeur bénigne qui récidive dans de rares cas et se transforme en carcinome après une longue évolution [2, 8].

Les tumeurs malignes les plus fréquemment rencontrées sont les tumeurs muco-épidermoïdes et les adénocarcinomes puis les carcinomes adénoïdes kystiques [18].

* Une autre classification subdivise les tumeurs malignes quelle que soit leur histopathologie en tumeurs de haut grade et de bas grade. La qualification histologique du grade se fait lors d'une cytoponction ou à partir d'un examen extemporané (voir annexe 3) [18, 19].

2.4 Diagnostic positif

2.4.1 Circonstance de découverte

Les circonstances de découverte peuvent être fortuites ou à l'occasion des manifestations fonctionnelles, parfois devant une adénopathie cervicale [20].

2.4.2 Signes d'examens [3]

9. Les symptômes cardinaux sont la douleur et la tuméfaction.

- Signes fonctionnels :

L'interrogatoire du patient précisera l'époque et les modalités de début de la pathologie, son caractère brusque ou progressif, uni ou bilatéral, en relation ou non avec les repas. Le patient décrira les caractères des douleurs éventuelles (la douleur peut être sourde ou violente, aggravée ou non par l'examen clinique), ses sensations de distension tissulaire, de dysphagie, voire de trismus, ainsi que les caractères de sa salive (salive rare ou abondante, liquide ou épaisse, de goût désagréable ou non).

- Signes physiques :

L'examen clinique doit être systématique et englober toute la région cervico-faciale. L'inspection puis la palpation seront bilatérales, d'abord extrabuccales à la recherche d'une asymétrie, d'une fistule ou d'une paralysie faciale ; puis intrabuccales, les orifices des canaux excréteurs, les joues, le plancher buccal et les sites des glandes salivaires accessoires (lèvres, palais, etc.) seront inspectés.

La palpation du bout des doigts définira avec précision les contours glandulaires et les caractères d'une tuméfaction (dure, molle, polylobée, fluctuante, inflammatoire, sensible à la pression, fixée ou non, etc.).

L'examen du plancher buccal sera chaque fois pratiqué avec un doigt intrabuccal et un doigt sous-mandibulaire (palper bidigital). Les sites ganglionnaires seront aussi inspectés.

- La salive est appréciée quantitativement et qualitativement. Enfin, l'aspect filant ou visqueux, clair ou trouble de la salive sera noté.
- La mesure du pH salivaire doit faire partie de tout examen clinique.

Au terme de l'examen, établir un dessin daté avec mensuration des lésions constatées, ainsi qu'un bilan dentaire provisoire [14].

Compléter par l'appréciation de l'état général, nutritionnel et des tares associées.

A la fin de l'examen on définira la classe TNM [19].

2.4.3 Bilan diagnostic :

- bilan diagnostique locorégional : il évalue les mensurations de la lésion, l'extension locorégionale et les manifestations traduisant des signes de malignité (paralysie faciale, trismus, perméation cutanée, etc.), éventuellement il comprendra des prélèvements pour examens histologiques qui peuvent être sous anesthésie générale [6] ;
- classification TNM : cette classification offre une bonne corrélation avec le pronostic tumoral (voir annexe 4) [21].

2.4.4 Examens paracliniques :

Les examens pour affirmer le diagnostic sont :

- L'échographie : les tumeurs apparaissent toutes sous la forme d'une lacune hypoéchogène par rapport à la glande [4].
- **L'IRM : montre les différentes structures des processus pathologiques entre la glande et les tissus graisseux des espaces profonds [4].**
- La TDM : avec et sans produit de contraste, qui explore mieux les ganglions [4].

De première intention, on réalisera une échographie qui suffira le plus souvent. En cas de tumeur volumineuse, mal limitée ou occupant les espaces profonds de la face, une IRM complémentaire s'impose [4].

- La radiographie standard du crâne et des poumons: à la recherche d'opacités anormales (calcifications ou métastases) [3].
- La radiographie panoramique dentaire complète ces examens[6].

Pour confirmer le diagnostic, on pratique :

- L'anatomocytopathologique :

- a- une aspiration à l'aiguille fine[3] ;
- b- un examen histologique (extemporané ou non) [3] ;
- c- une analyse morphologique avec colorations spéciales (PAS) avant et après digestion enzymatique [22] :
- d- l'immunohistochimie identifie les éléments tumoraux myoépithéliaux [22].

L'examen histologique (anatomo-pathologique) est le plus couramment pratiqué.

Les autres examens les moins utilisés sont :

- La sialographie : précise si la masse (tumeur, kyste, adénopathie) est extra- ou intraglandulaire [3].
- la thermographie à caméra infrarouge : montre une hyperthermie marquée en cas de néoplasies malignes [3].

2.5 Diagnostics différentiels

Sont surtout les envahissements tumoraux par contiguïté, pseudotumeurs musculaires, les kystes branchiaux , d'autres pathologies infectieuses des glandes salivaires (surtout de la parotidite), les lithiases, les métastases dans les glandes parotides d' une tumeur primitive située ailleurs (n'importe quel cancer peut donner des métastases) [3, 4].

3 : TRAITEMENT DES TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES

3.1 Bilans préthérapeutiques

3.1.1 Bilan loco-régional : [19]

- examen avec mesures de la tumeur et mention des signes évocateurs de malignité (paralysie faciale, trismus, perméations cutanées),
- exploration de la tumeur (T) et des ganglions (N)

3.1.2 Bilan à distance : recherche des métastases [6].

La radiographie panoramique dentaire complète ces examens.

On apprécie l'extension extraglandulaire de la tumeur [6]..

Ces bilans définissent les critères généraux d'opérabilité et de résécabilité [6, 19] .

La classification TNM reste la plus pratique et la plus adaptée à la décision du protocole thérapeutique [6].

3.2 But

C'est d'éliminer toutes les cellules tumorales.

3.3 Moyens

*** Chirurgie :**

Le traitement chirurgical s'intéressera à la tumeur et éventuellement aux adénopathies [2], le principe du traitement est celui d'une exérèse de la glande en totalité [19].

- chirurgie de la tumeur :

- tumorectomie (énucléation)
- chirurgie de réduction tumorale (palliative)

- chirurgie de la glande :

- exérèse de la glande en totalité (glandes salivaires principales)
- chirurgie de la parotide : parotidectomie
 - superficielle
 - totale :
 - avec conservation du nerf facial
 - sans conservation du nerf facial associée à un curage ganglionnaire
- exérèse chirurgicale élargie (glandes salivaires accessoires)
- chirurgie élargie mutilante (nerf facial, mandibule)

- chirurgie des adénopathies : évidemment ganglionnaire homolatéral ou bilatéral.

* Radiothérapie : c'est un traitement loco-régional, son objectif est de détruire les cellules tumorales tout en épargnant les organes sains environnants.

L'irradiation externe est effectuée soit par photons X et électrons, soit par neutron (tumeur non résecable) [24, 25].

La dose totale sera de 50 ou 66 Grays selon les résultats anatomo-pathologiques de la pièce opératoire. Cette dose est habituellement administrée par fractionnement de 1,8 à 2,5Gy par séance ; 4 à 5 séances par semaine pendant trois à sept semaines en fonction de la nature histologique de la tumeur [19, 24].

Le fractionnement permet la réparation des lésions sublétales et restauration des systèmes de réparation cellulaire[24].

Une remise en état de la cavité buccale sera nécessaire avant toute radiothérapie [24].

*** Médicaux :**

La chimiothérapie est en cours d'essai, l'indication serait avant tout une induction pour une tumeur évolutive et/ou métastatique [19].

Les autres traitements non spécifiques comprennent les antalgiques, la nutrition entérale ou parentérale, l'antibiothérapie, l'anti-inflammatoire. La prévention des effets secondaires de la radiothérapie est essentielle d'autant plus qu'il s'agit d'irradiation des glandes salivaires entraînant une diminution de la sécrétion salivaire : elle consiste en port de gouttière fluorée protectrice des dents contre la carie [23].

3.4 Indications et stratégie thérapeutiques

Le traitement de base de ces tumeurs est la chirurgie.

En cas de tumeurs bénignes l'exérèse complète de la tumeur est souvent suffisante, et diminue les risques de récurrences [2, 3, 6, 19].

En cas de tumeurs malignes, une exérèse totale de la glande concernée avec une radiothérapie externe autorisent un meilleur contrôle locorégional des tumeurs.

* En cas de petite tumeur (T1-T3a) avec exérèse complète de la glande (précisée par l'examen anatomo-pathologique), une surveillance seule suffit.

* En cas d'exérèse incomplète quelle que soit la taille, et en cas de grosse tumeur (T3b-T4) où l'exérèse est toujours considérée comme incomplète : la chirurgie est complétée par la radiothérapie du lit tumoral et des aires ganglionnaires.

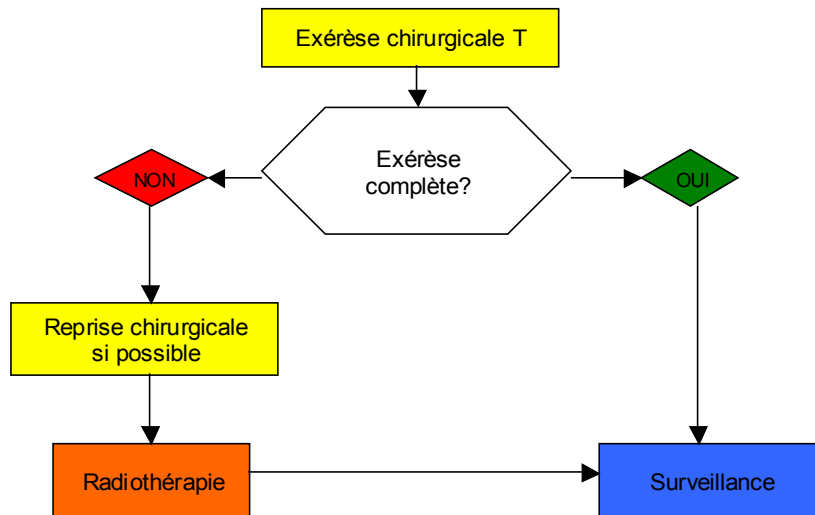
* En cas d'extension aux éléments nobles (nerf facial, mandibule) une chirurgie élargie mutilante peut être pratiquée ; en présence d'un envahissement capsulaire, une exérèse extracapsulaire doit être envisagée.

* Un curage ganglionnaire homolatéral doit être pratiqué en cas de stade N clinique ; le curage sera bilatéral si la lésion est médiane.

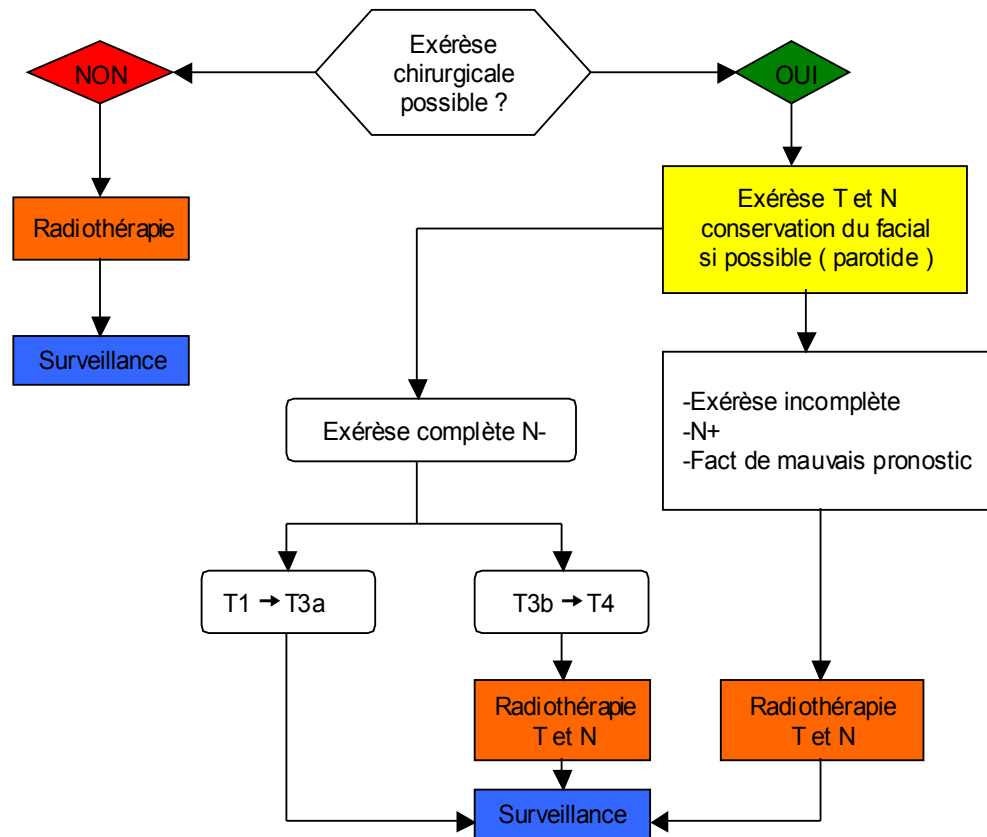
La radiothérapie peut être exclusive en cas de tumeur inopérable ou de contre-indication opératoire [26].

La stratégie thérapeutique dépend de l'examen anatomo- pathologique, qui distingue : les tumeurs de bas grade ; les tumeurs de haut grade ; et du niveau d'extension, apprécié selon la classification TNM [19] (voir annexes 3 et 4).

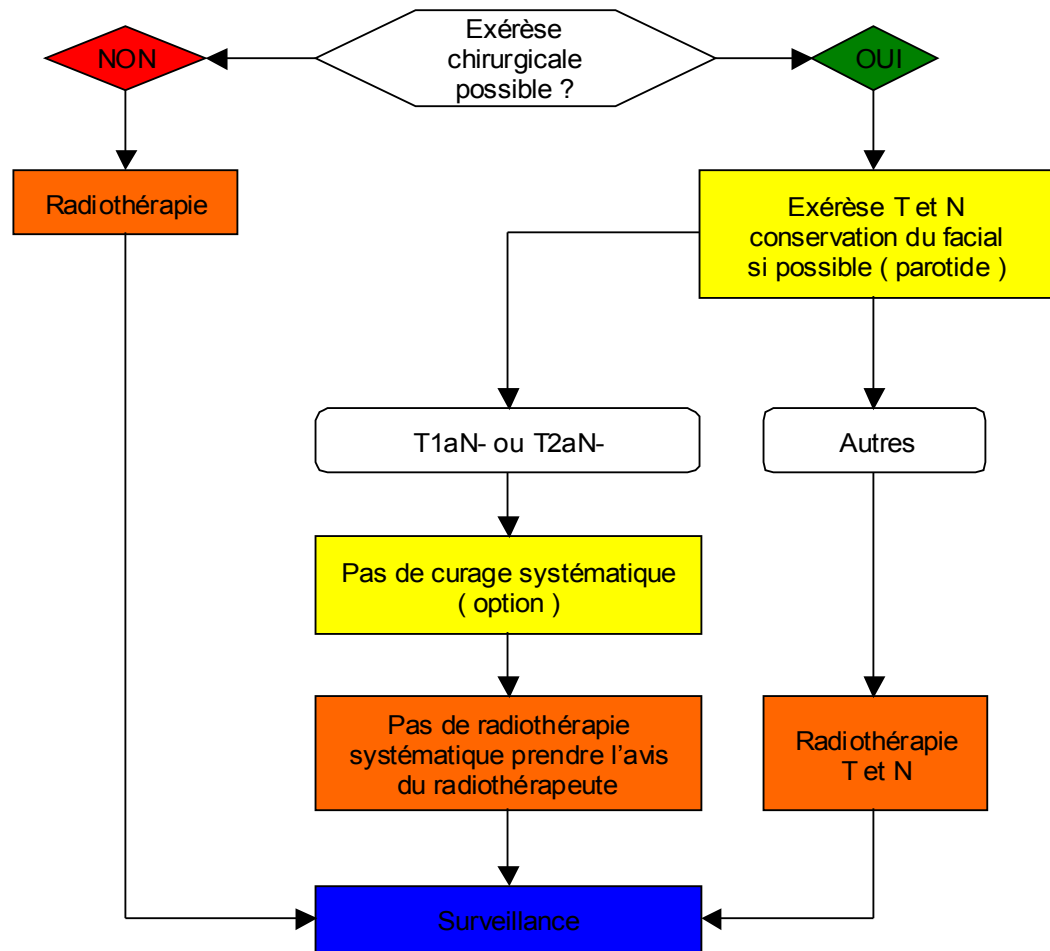
La place de la chimiothérapie reste à définir suivant les résultats des essais en cours[19].



Arbre de décision thérapeutique pour les tumeurs de glandes salivaires de bas grade stade T1a, T2a, No



Arbre de décision thérapeutique pour les tumeurs de glandes salivaires de bas grade stade T1a-T2a, N1 ou T1b→ T4 quelque soit N



Arbre de décision thérapeutique pour les tumeurs de glandes salivaires de haut grade quelque soit le stade

3.5 Complications et effets secondaires du traitement

* Chirurgie : parfois, il s'agit d'une chirurgie lourde et mutilante dont les séquelles fonctionnelles et esthétiques sont variables, surtout en cas de chirurgie élargie sacrifiant des organes nobles (nerf facial) [27, 28].

* Radiothérapie : les effets secondaires peuvent être soit :

- D. aigus, apparaissent habituellement pendant la radiothérapie et disparaissent progressivement sans séquelles ;
- E. tardifs, survenant dans un mois voire des années après la radiothérapie et ne régressent pas en général [29].

Les complications aiguës liées à la radiothérapie sont : les mucites, l'œdème laryngé, l'agueusie, l'hyposialie (irradiation des glandes salivaires). Il en résulte rapidement des caries multiples et d'installation insidieuse [29, 30, 31].

Parmi les complications tardives, les ostéoradionécroses des maxillaires et les fibroses sont les plus fréquentes [32].

Les cancers radio-induits ont un risque de survenue très faible [29].

Une acidification du pH salivaire peut se voir à la fin du traitement radiothérapique [33].

Une modifications de la flore buccale aérobie qui peut persister 1 à 4 ans après la fin du traitement (diminution des Corynébactéries et des Neisseria, disparition du Streptococcus Salivarius qui est compensée par la croissance de Streptococcus Mitis) [33].

3.6 Surveillance

Examen clinique trimestriel les deux premières années, semestriel pendant la troisième et la quatrième année, puis annuel pendant 10 ans, ou plus en cas de carcinome adénoïde kystique.

Radiographie thoracique annuelle pendant 10 ans si la tumeur est de haut grade à la recherche de localisation secondaire pulmonaire.

Les autres examens paracliniques, en particulier l'échographie cervicale et/ou la TDM seront prescrits, selon la localisation initiale et les difficultés de surveillance clinique [6, 19].

Les objectifs de cette surveillance sont : [34, 35]

- II-** d'apprécier et maintenir l'état général du patient,
- III-** de rechercher les effets secondaires et complications thérapeutiques à court et à long terme dont la plus redoutable est la nécrose osseuse, cartilagineuse et muqueuse,
- IV-** de dépister les suites de la maladie cancéreuse : récurrence loco-régionale, seconde localisation et métastase,
- V-** de soutenir le patient psychologiquement, et l'aider à l'insertion socioprofessionnelle.

4 : PRONOSTIC DES TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES

Les deux principaux facteurs du pronostic sont le stade au moment du diagnostic et le grade histologique de malignité. La qualité de l'exérèse chirurgicale est un facteur pronostique lié au traitement [19].

L'envahissement périnerveux, et la présence ou non d'une radiothérapie postopératoire conditionnent également le pronostic [6].

Les métastases contribuent au pronostic en sachant que les métastases des cancers des glandes salivaires sont observées dans environ 20 % des cas [36].

Généralement, le taux de survie des tumeurs malignes est de 50 % après 5 ans, avec plus de 40 % de chances de récurrence [26].

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

1 : MATERIEL ET METHODE

1.1 Lieu d'observation

Nous avons réalisé l'étude dans le Service Oncologie du CHU-JRA Antananarivo.

1.2 Méthode

Il s'agit d'un dépouillement de dossiers des malades un à un dans les archives du service .

1.2.1 Sélection des dossiers :

- * critères d'inclusion : tous les patients atteints de tumeurs des glandes salivaires, quelque soit l'âge et le sexe, et dont le dossier comporte au moins une histoire de la maladie, un diagnostic fait par un examen anatomo-pathologique et une prise en charge.

- * critères d'exclusion : ont été exclus de l'étude les dossiers ne comportant pas tous ces éléments sus-cités.

1.2.2 Paramètres analysés :

Dans cette étude nous avons étudié :

- * l'histoire de la maladie ;
- * les aspects cliniques : circonstance de découverte, signes cliniques, antécédents ;
- * les aspects paracliniques ;
- * les modes évolutifs et les modalités thérapeutiques.

1.2.3 Présentation des cas :

Nous avons trouvé sept observations des patients traités dans le service pour tumeur des glandes salivaires, et nous avons retenu cinq cas.

Les deux dossiers exclus étaient incomplets et inexploitable.

1.3 Période d'étude

C'est une étude rétrospective des cas colligés des tumeurs des glandes salivaires durant l'année 2003.

2 : RESULTATS

2.1 Observation N° 1

Monsieur R..... résidant à Antalaha âgé de 39 ans, adressé au Service Oncologie CHU Antananarivo au mois d'août 2003, pour traitement complémentaire d'un **carcinome à cellules acineuses de la glande sous mandibulaire droite, moyennement différencié avec invasion vasculaire**, après sous-mandibuléctomie droite.

La maladie débutait par une petite tuméfaction sous mandibulaire droite indolore, ferme (environ 1 cm de diamètre). Un traitement antibiotique fait disparaître la tumeur.

Après six ans sans manifestation, elle réapparaît et est devenue douloureuse surtout la nuit, augmente rapidement de volume (4 centimètres de diamètre environ), et envahit la région endobuccale responsable d'un trouble respiratoire intermittent et une gêne de l'alimentation . Il n'y avait pas de ganglions palpables.

Traité de nouveau par antibiotique et corticoïde qui n'ont apporté aucune amélioration, le malade a été évacué au CENHOSOA Antananarivo où il était opéré par un chirurgien ORL et cervico-facial d'une sous mandibulectomie droite. L'examen anatomo-pathologique montre une lésion maligne évocatrice d'un **carcinome à cellules acineuses de la glande sous mandibulaire droite, moyennement différencié avec invasion vasculaire**.

Avant l'intervention, la radiographie pulmonaire montrait déjà une opacité nodulaire basale externe droite et axillaire droite, une adénopathie hilare droite ; l'échographie abdominale était normale, l'examen biologique ne révèle rien de particulier. Au total, le malade était classé T2NoM1.

Dans ses antécédents : rien de particuliers sur le plan médico-chirurgical, un tabagisme quantifié à 15 paquets-année (1 paquet/jour pendant 15 ans) , un éthyisme occasionnel. Par ailleurs il n'y a pas eu de notion de cas similaire ni d'autres antécédents de cancer dans la famille.

Au cours de l'évolution, le malade était en bon état général. Un examen scannographique du cou et de la région mandibulaire a été réalisé et montrait une masse tissulaire d'aspect malin, s'étendant de la base de la langue jusqu'à la région laryngée inférieure.

Deux séries de chimiothérapie (5 FU 2250 mg/jour pendant 2jours/ cure) dans les deux premiers mois, et une radiothérapie (Cobalt) palliative étaient réalisées.

Après la chimiothérapie, l'examen clinique montrait un patient en bon état général, une infiltration tumorale de 2,5 X 1,5 cm de la base droite de la langue, une induration sous-mandibulaire droite mal limitée pericicatricielle.

La cobaltothérapie comporte :

- 1^{ère} série : d'une dose totale de 45 Grays répartie en 20 séances ;
- 2^{ème} série : le patient ne reçoit que 10 Gray, répartie en 4 séances, puis l'appareil de cobaltothérapie était tombé en panne.

La radiothérapie était mal-tolérée par le patient, il y a apparition précoce de mucite, de dysphagie et douleur à la déglutition (traité par corticoïde et fýngizone mais sans amélioration) .

En attendant la suite de la radiothérapie, le patient est rentré chez lui sous corticothérapie (Solupred 40 mg/jour pendant 10 jours)

Revu en consultation un mois plus tard, l'examen clinique ne montrait ni formation tumorale, ni adénopathie palpable.

Une 3^{ème} cure de chimiothérapie (5FU)a été réalisée. Des examens biologiques de contrôle ne montraient rien de particulier, à part une légère leucopénie à 5200.

Dès la reprise de fonction de l'appareil de cobaltothérapie, une dose complémentaire (20 Grays) de la 2^{ème} série suivi de la 3^{ème} série (17,5 Grays) ont été programmées.

L'examen clinique post radiothérapie montrait une fibrose sous-mandibulaire droite et une absence d'adénopathie palpable. Le patient est rentré chez lui.

Revu en consultation 3 mois plus tard, une tuméfaction sous-mandibulaire droite dure, fixée, mal limitée, mesurant 3,5 cm de diamètre environ a été noté. De plus on avait

remarqué une petite adénopathie cervicale droite, dure, environ 0,5 cm de diamètre, ainsi qu'une adénopathie axillaire bilatérale infra centimétrique.

On a proposé une reprise de la chimiothérapie, malheureusement son traitement a été interrompu pour cause financière.

En conclusion, c'est une tumeur de la glande sous-mandibulaire droite dont l'anatomo-pathologie montre un carcinome à cellules acineuses moyennement différencié avec invasion vasculaire, classée T2N0M1 (avec métastase pulmonaire), évoluant depuis 6 ans. Un traitement chirurgical (sous-mandibulectomie droite) complété par la radiothérapie loco-régionale et chimiothérapie entraînent une rémission locale pendant 3 mois, puis poursuite évolutive loco-régionale. La suite thérapeutique a été proposée mais le patient est perdu de vue.

2.2 Observation N° 2

Mme Ral....63 ans originaire d'Ambatolampy a été adressée au Service Oncologie CHU Antananarivo au mois de décembre 2003, après une parotidectomie totale gauche, pour **adénocarcinome papillaire de la parotide avec métastase ganglionnaire**.

La maladie commençait il y a 12 mois par une petite tuméfaction parotidienne gauche, indolore, mobile, non inflammatoire, d'environ 5 mm de diamètre, qui était traitée par anti-inflammatoire.

Sans amélioration, la tuméfaction devenait douloureuse et augmentait de volume (6 cm dans son grand axe), adhérente aux plans superficiel et profond.

Une échographie cervicale montrait une hypertrophie parotidienne gauche avec des plages hétérogènes hypoéchogènes.

Les autres examens pratiqués sont :

- une radiographie pulmonaire qui était normale
- une échographie abdomino-pelvienne qui ne montrait aucune anomalie sauf un signe indirect d'une hystérectomie ancienne (absence d'utérus et ses annexes).

Une parotidectomie gauche totale avec conservation du nerf facial a été faite par un chirurgien ORL-Cervico-facial, et l'examen anatomo-pathologique évoquait **un**

adénocarcinome papillaire de la parotide avec métastase ganglionnaire. La malade était donc classée T3No+ R+Mo.

Ses antécédents : rien de particulier sur le plan médico-chirurgical, opérée d'une grossesse molaire en 1993 (hystérectomie). Aucune notion de néoplasie dans la famille.

Au cours de l'évolution, la patiente était en bon état général.

Une paralysie faciale gauche a été notée.

Un mois plus tard, apparition de trois petites adénopathies sus-claviculaires gauche (dont la plus grosse mesure 1 cm de diamètre), avec une tuméfaction sous-mandibulaire de 1 cm de diamètre.

En attendant la Cobaltothérapie, deux cures de chimiothérapie à base de 5 F.U étaient instituées : 1350 mg de 5 F.U du J1 à J4 pour chaque cure.

Sans amélioration, la tuméfaction devenait multinodulaire, infiltrante, mesurant 3,5 cm de diamètre . Une adénopathie mobile sous-mandibulaire gauche apparaît. Les ganglions sus-claviculaires gauches devenaient plus nombreuses (dont la plus grosse mesure 2 cm de diamètre).

Deux mois plus tard, une Cobaltothérapie était administrée à la dose totale de :

- 55 Grays sur la parotide ;
- 65 Grays sur les ganglions.

Comme effets post-radiothérapies : on note

- disparition de la tuméfaction parotidienne et des ganglions
- amélioration de la paralysie faciale
- dysphagie majeure et anorexie accompagnées de vomissements et de nausées nécessitant une alimentation parentérale.

La patiente a refusé de continuer la radiothérapie du faite de cette dysphagie.

En conclusion, c'est une tumeur de la glande parotide gauche dont l'anatomopathologie montre un adénocarcinome papillaire (tumeur agressive de mauvais pronostic) avec métastase ganglionnaire, classée T3No+ R+Mo (envahissement tumoral ganglionnaire avec rupture capsulaire) évoluant depuis 1 an et traitée par une parotidectomie gauche totale. Il y avait une poursuite évolutive loco-régionale malgré la chimiothérapie instituée 1 mois plus tard. Une radiothérapie introduite au 2^{ème} mois plus tard entraîne une disparition de la tumeur et des signes fonctionnels, mais la patiente a été perdue de vue.

2.3 Observation N° 3

Mr M.....27 ans originaire d'Ampanihy a été adressé au Service Oncologie CHU Antananarivo au mois de 29 juillet 2003, pour une **tumeur mixte (adénome pléomorphe) parotidienne et sous mandibulaire droite avec transformation carcinomateuse non invasive**.

La maladie évolue depuis 24 mois avec une tuméfaction parotidienne droite très douloureuse, d'environ 3 cm de diamètre.

Traitée médicalement (injection de nature inconnue par le malade), il n'y avait pas une amélioration.

Opérée deux fois d'une tumorectomie par un chirurgien généraliste, la tuméfaction récidive à chaque fois.

La troisième intervention (parotidectomie totale droite avec conservation du nerf facial associée à une sous-mandibulectomie droite) a été pratiquée par un chirurgien ORL-Cervico-facial. Il s'agit d'une énorme tumeur parotidienne droite de 6 cm de diamètre environ dont l'examen anatomo-pathologique montrait une **tumeur mixte (adénome pléomorphe) parotidienne et sous mandibulaire droite avec transformation carcinomateuse non invasive**.

Le malade est classé T3NoMo pour la classification TNM.

On ne constate aucun antécédent notable, à part un tabagisme à 7 Paquets-année. Il n'y avait pas de cas similaire ni notion de néoplasie dans la famille.

Au cours de l'évolution, le patient était en bon état général.

L'examen clinique montrait : un trismus serré, une cicatrice parotidienne droite avec infiltration tumorale mesurant 3 cm de diamètre, aucune adénopathie palpable.

Les examens paracliniques ne montraient aucune anomalie (imagerie et biologie).

On lui a proposé un rendez-vous pour une radiothérapie mais le patient a disparu, puis revu 4 mois plus tard avec une énorme tuméfaction parotidienne douloureuse de 11x5 cm. L'examen clinique ne montrait pas encore d'adénopathie palpable, la radiographie pulmonaire indiquait une petite opacité du lobe supérieur gauche.

En attendant la radiothérapie, on lui a fait 2 cures de chimiothérapie à 1 mois d'intervalle (5 F.U 1500 mg J1 à J5 pour chaque cure). Comme il n'y avait pas une amélioration, et que l' appareil de Cobaltothérapie était en panne, on avait proposé une 3^{ème} cure de chimiothérapie associant 1500 mg de 5 F.U de J1 à J5 et de 100 mg de CDDP le 1^{er} jour. Cette dernière protocole entraînait une réduction de la tumeur qui était toujours douloureuse.

Depuis, le malade était perdu de vue.

En conclusion, c'est une tumeur récidivante de la glande parotide et sous-mandibulaire droite avec transformation carcinomateuse non invasive, classée T3NoMo, évoluant depuis 2 ans, traitée par chirurgie (exérèse). Le rendez-vous de radiothérapie externe n'a pas été respecté. Une chimiothérapie instituée 4 mois plus tard n'entraînait qu'une réduction transitoire de la tumeur, puis le malade a été perdu de vue.

2.4 Observation N° 4

Mr J.....34 ans originaire d'Ambanja a été adressé au Service Oncologie CHU Antananarivo au mois de mai 2003, pour **carcinome adénoïde kystique (cylindrome) de glande sous mandibulaire droite**.

La maladie remonte il y a 18 mois par une petite tuméfaction rétromandibulaire droite , c'est une tuméfaction indolore, non inflammatoire mesurant 1 cm de diamètre environ.

Quatre mois plus tard, une tumorectomie a été faite par un chirurgien généraliste (sans examen anatomopathologique) , puis réapparaît une nouvelle tuméfaction avec une extension locale entraînant une limitation d'ouverture de la cavité buccale.

Le malade a été évacué au Service de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale d'Antananarivo sous un traitement médical (antibiotique et anti-inflammatoire) qui ne donnait aucune amélioration.

Une biopsie a été faite sur une tumeur environ 9x5 cm qui concluait un **carcinome adénoïde kystique de glande sous mandibulaire droite**.

Antécédents : rien à signaler sur le plan médico-chirurgical, pas de notion de néoplasie dans la famille. Un tabagisme de 10 Paquets-année (1 paquet/jour pendant 10 ans).

Evolution : malade en bon état général.

Cliniquement, la tumeur est énorme occupant toute la région mandibulaire droite avec une limitation de l'ouverture de la cavité buccale à un doigt et demi. Il n'y avait pas encore de ganglions palpables.

La radiographie pulmonaire montrait déjà une opacité des deux hémichamps pulmonaires supérieurs. Le patient est alors classé T4NoM+.

La chirurgie a été refusée du fait du stade tumoral (tumeur stade T4).

On lui a proposé une chimiothérapie (5 FU 800 mg et Adriablastine 80 mg) en attendant la radiothérapie, mais le malade demandait une sortie pour cause financière.

En conclusion, c'est une tumeur récidivante de la glande sous-mandibulaire droite dont l'anatomo-pathologie montre un carcinome adénoïde kystique, évoluant depuis 18 mois et est classée T4NoM1. Ne bénéficie ni de traitement chirurgical (tumeur inopérable) ni de traitement complémentaire (radiothérapie-chimiothérapie), il y avait une poursuite évolutive locale rapide. Le malade a été perdu de vue.

2.5 Observation N° 5

Mr M.....35 ans originaire de Majunga a été adressé au Service Oncologie CHU d'Antananarivo au mois d'avril 2003, pour **carcinome mucoépidermoïde de la parotide droite**.

La maladie commençait il y a 24 mois par un petit nodule rétro-auriculaire droit, indolore, mesurant 0,5 cm de diamètre environ.

Malgré un traitement antibiotique, la tuméfaction augmentait de volume progressivement, et devenait 2,5x1,5 cm.

Une tumorectomie a été pratiquée par un chirurgien généraliste (sans examen anatomo-pathologique), mais une récurrence apparaît aussitôt. On lui a refait le même geste 4 fois.

La cinquième intervention (parotidectomie totale avec conservation du nerf facial) a été réalisée par un chirurgien spécialiste et a bénéficié d'un examen anatomo-pathologique et montrait un aspect de **carcinome muco-epidermoïde de la parotide**.

Antécédents : rien de particulier sur le plan médico-chirurgical. Pas de notion de cas similaire dans la famille. On note un éthyisme chronique depuis sa 25^{ème} année.

Evolution : le patient était en bon état général. L'examen clinique montrait une tuméfaction rétro-auriculaire droite isolée de 2,5x1,5 cm. Il n'y avait pas de ganglions palpables.

Les examens complémentaires (imagerie et biologie) ne montraient aucune anomalie. Le malade est alors classé T2NoMo.

Une Cobaltothérapie a été entreprise, après remise en état de la cavité buccale, avec une dose totale de 55 Grays pendant 22 séances.

La tolérance était bonne malgré une discrète asthénie. Une disparition clinique de la tuméfaction a été notée avec une petite fibrose sur la cicatrice d'exérèse. La radiographie pulmonaire était normale.

En conclusion, c'est une tumeur récidivante de la glande parotide droite dont l'examen anatomie-pathologique montre un carcinome muco-épidermoïde évoluant depuis 2 ans et classée T2NoMo. Le traitement chirurgical (parotidectomie totale) suivi d'une radiothérapie complémentaire immédiate donnent une rémission complète.

TROISIEME PARTIE : DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

Observations	Epidémiologie - histoire de la maladie	Résultats anatomo-pathologiques
N°1	<ul style="list-style-type: none"> - Homme, 39 ans -Tuméfaction sous-mandibulaire droite -Antibiothérapie, disparition tumorale, puis réapparition 6 ans après 	carcinome à cellules acineuses de la glande sous mandibulaire droite, moyennement différencié avec invasion vasculaire
N°2	<ul style="list-style-type: none"> - Femme, 63 ans - Tuméfaction parotidienne gauche -Anti-inflammatoire, aucune amélioration , augmentation tumorale 	adénocarcinome papillaire de la parotide avec métastase ganglionnaire.
N°3	<ul style="list-style-type: none"> - Homme, 27 ans - Tuméfaction parotidienne droite - Traitement médical, sans amélioration - Récidive après chaque exérèses (2 fois) 	tumeur mixte (adénome pléomorphe) parotidienne et sous- mandibulaire droite avec transformation carcinomateuse non invasive.
N°4	<ul style="list-style-type: none"> - Homme, 34 ans - Tuméfaction rétromandibulaire droite - Récidive après exérèse, traitement médical sans amélioration 	carcinome adénoïde kystique (cylindrome) de glande sous mandibulaire droite.
N°5	<ul style="list-style-type: none"> - Homme, 35 ans - Nodule rétro-auriculaire droit - Antibiothérapie, sans amélioration - Récidive après chaque exérèse simple - 5^{ème} exérèse avec examen histologique 	carcinome mucoépidermoïde de la parotide droite.

**Tableau 1 :synthèse de l’histoire de la maladie et des résultats anatomopathologiques
des tumeurs de glandes salivaires dans notre étude.**

Observations	Aspect clinique	Métastase	Evolutivité
N°1	Tumeur 1cm : indolore, ferme ↳ 4cm : douloureuse avec envahissement endo- buccal Antécédents personnel : tabac : 15 Paquets.Année	Métastase pulmonaire Scanner de contrôle : récidive locale	- Evolution lente (6ans) - Récidive loco-régionale après 3mois (+ apparition des adénopathies) d’une sous-mandibulectomie droite
N°2	Tumeur 5mm : indolore, mobile, non inflammatoire ↳6cm : douloureuse, adhérente, inflammatoire	Sans métastase pulmonaire Echographie cervicale : hypertrophie parotidienne	- Evolution rapide en 1 an avec paralysie faciale gauche -Récidive loco-régionale à 1mois d’une parotidectomie totale -Radiothérapie : disparition tumorale
N°3	Tumeur 3cm : douloureuse ↳6cm Antécédents personnel : tabac : 7 PaquetsAnnée	Métastase pulmonaire au 4 ^{ème} mois	- Evolution en 2 ans (3cm) -Récidives après chaque tumorectomie(+apparition de trismus serré) - Grosse tumeur au 4 ^{ème} mois
N°4	Tumeur 1cm : indolore ↳énorme tumeur avec limitation de l’ouverture buccale Antécédents personnel : tabac : 10 Paquets.Année	Métastase pulmonaire avant la PEC	- Evolution en 1an et demi (1cm) -Récidive après tumorectomie (9X5cm) (+limitation de l’ouverture buccale)
N°5	Tumeur 5mm : indolore ↳2,5 X1,5cm Antécédents personnel : éthylisme chronique	Pas de métastase pulmonaire	- Evolution en 2 ans (5mm) - Récidive après chaque tumorectomie -Parotidectomie totale + Radiothérapie : rémission complète

**Tableau 2 : aperçu global de l'aspect clinique et de l'évolutivité
des tumeurs de glandes salivaires dans notre étude.**

Observations	Début de la prise en charge et stade tumoral initial	Prise en charge	Résultats	Remarques
N°1	- 6 ans - T2NoM1	- Chirurgie (sous-mandibulectomie droite) - Radiothérapie immédiates	- Rémission pendant 3 mois puis poursuite évolutive locorégionale	-Traitements complémentaires interrompus (cause financière) - Malade perdu de vue
N°2	- 1an -T3No+ R+ Mo	- parotidectomie totale avec conservation du facial - Radiothérapie après 2 mois	- Disparition de la tumeur et des signes fonctionnels	-Radiothérapie arrêtée a cause de la dysphagie - Malade perdu de vue
N°3	- 2 ans - T3NoMo	-Tumorectomie 2 fois - Parotidectomie totale avec conservation du facial	- Récidives 2 fois -Apparition de métastase pulmonaire - Réduction tumorale partielle	- Malade perdu de vu pendant 4 mois après la chirurgie - Traitement interrompu après la chimiothérapie (malade disparu) - Malade perdu de vue
N°4	- 1an et 6 mois - T4NoM1	-Tumorectomie sans anatomie-pathologie - Biopsie	- Récidive et extension tumorale locale	- Tumeur inopérable -Radiothérapie(palliative) non institués : cause financière - Malade perdu de vue
N°5	- 2 ans - T2NoMo	-Tumorectomie sans anatomie-pathologies -Parotidectomie totale avec conservation du facial avec anatomie-pathologie - Radiothérapie	- Récidives 4 fois - Rémission locale complète	-Malade assidu aux traitements

**Tableau 3 : aperçu global de la prise en charge
des tumeurs de glandes salivaires dans notre étude.**

1. DISCUSSIONS

Dans cette étude, cinq points peuvent être soulevés :

- VI-** le retard diagnostique,
- VII-** le stade tumoral avancé au moment du diagnostic,
- VIII-** la transformation maligne d'une tumeur initialement bénigne,
- IX-** l'imperfection de la prise en charge,
- X-** les difficultés financières des malades pour le traitement complémentaire.

Ainsi, nous allons voir successivement ces éléments pour chaque type d'observation.

1.1 LE RETARD DIAGNOSTIQUE

Dans tous les cas de notre étude, on remarque que le diagnostic n'est posé qu'après plusieurs années (entre 1 à 6 ans) d'évolution de la maladie. Au moment du diagnostic ; la tumeur était classée T2 au minimum à la classification TNM (2 à 4 cm dans son plus grand axe), alors que le signe clinique principal (tuméfaction) est évident [3]. Ce retard diagnostique peut être dû à la méconnaissance de l'existence des tumeurs des glandes salivaires.

Afin de ne pas méconnaître les tumeurs malignes des glandes salivaires, toutes tuméfactions même d'allure banale de la région des glandes salivaires devraient être orientées en consultation spécialisée.

Observation N°1 : carcinome à cellules acineuses de la glande sous-mandibulaire droite, moyennement différencié avec invasion vasculaire

Dans notre cas, la tumeur a commencé 6 ans auparavant sous forme d'une petite tuméfaction sous-mandibulaire droite de 1 cm environ, indolore et qui a disparue sous antibiothérapie. Cette disparition de la tuméfaction a rassuré le patient alors qu'on aurait dû l'envoyer vers une consultation spécialisée.

Le diagnostic d'une tumeur maligne de la glande salivaire n'a été posé que 6 ans après le début de la maladie à la suite d'une complication régionale (trouble respiratoire). Ailleurs, l'examen histologique a montré l'existence d'une effraction vasculaire signant la longue évolution de la maladie.

Outre, le résultat trompeur de l'antibiothérapie, le retard diagnostique pourrait être expliqué par la croissance lente et souvent indolore du carcinome à cellule acineuse[3].

Selon la littérature, au point de vue clinique, le carcinome à cellule acineuse est une tumeur moins ferme et moins bien délimitée, parfois fixée [3], sa localisation est presque exclusivement parotidienne, constituant 1 à 3 % des tumeurs parotidiennes[37]. Il représente environ 1 à 4% des tumeurs des glandes salivaires (10 à 15 % des carcinomes salivaires) et affecte plus souvent les femmes que les hommes (ratio 2 à 3 :1) [3]. Ce type de tumeur survient à tout âge, même chez les enfants, mais se développe le plus souvent à l'âge de 40 à 50 ans [38, 39].

Observation N°2 : adénocarcinome papillaire de la parotide avec métastase ganglionnaire

La maladie a commencé par une petite tuméfaction parotidienne de 5mm de diamètre, indolore, mobile et non inflammatoire. Elle est traitée par un anti-inflammatoire. La patiente n'était pas référée dans un centre spécialisé malgré l'absence d'amélioration.

Le diagnostic n'est posé qu'après 1 an d'évolution. A ce stade, la tumeur est de 6 cm de diamètre, douloureuse, adhérente aux plans superficiel et profond. Cet aspect inquiétant a fait l'objet d'une exérèse chirurgicale de la glande, suivi d'un examen anatomo-pathologique qui confirme le diagnostic.

Le retard diagnostique serait dû à la non référence en consultation spécialisée malgré l'échec du traitement médical.

Selon les études, l'adénocarcinome papillaire représente environ 1 % de toutes les tumeurs glandulaires salivaires et affecte généralement la parotide [3], c'est une tumeur épithéliale maligne qui a une structure tubulaire ou canaliculaire [40]. C'est une tumeur maligne rare de la parotide et qui n'est généralement reconnue qu'après une intervention chirurgicale et par un examen anatomo-pathologique [28], cependant le diagnostic pourrait être posé devant toute tuméfaction de la région parotidienne car c'est une tumeur à croissance relativement rapide [3] (1 an d'évolution pour notre cas).

Cliniquement, c'est une tumeur ferme, mal limitée [3]. Parfois elle est adhérente avec les structures voisines, notamment à la peau ; la tumeur est assez rapidement douloureuse et

peut envahir les structures nerveuses. Ces signes traduisent une malignité plus marquée[3]. Toutes ces manifestations ont été observées chez notre malade. L'adénome pléomorphe (tumeur mixte) est son principal diagnostic différentiel mais on peut également citer le cylindrome, la tumeur muco-épidermoïde et les autres carcinomes et les métastases [3].

Observation N°3 : tumeur mixte (adénome pléomorphe) parotidienne et sous mandibulaire droite avec transformation carcinomateuse non invasive.

Dans notre observation, la tuméfaction parotidienne a évolué depuis longtemps. Depuis le début, la tuméfaction a été toujours douloureuse. L'existence de la douleur signifiait déjà que c'est une pathologie qu'on aurait pu prendre au sérieux (atteinte d'un élément nerveux) . Malheureusement le diagnostic d'une tumeur mixte (adénome pléomorphe) avec transformation carcinomateuse n'est posé qu'après 2 ans d'évolution tumorale, et ce grâce à l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire.

Le diagnostic d'une tumeur mixte (adénome pléomorphe) de la parotide pourrait être obtenu dès la première tumorectomie si on avait pratiqué un examen histologique de la pièce opératoire. En effet, la tumeur mixte avec transformation carcinomateuse est une tumeur mixte maligne qui est décrite lors de récurrence d'adénome pléomorphe bénin [3].

Observation N°4 : carcinome adénoïde kystique (cylindrome) de glande sous mandibulaire droite.

Initialement, c'est une tuméfaction rétro-mandibulaire indolore de petite taille (1cm). Un an et demi après, une tumorectomie sans examen histologique a été réalisée. Jusque là, aucun diagnostic n'est posé . En plus il y avait une récurrence tumorale avec une extension locale entraînant une limitation d'ouverture de la cavité buccale (la tumeur mesure environ 9X5cm) ; et c'est à ce moment là que le malade a été adressé au service spécialisé. Le diagnostic a été posé grâce à l'examen anatomo-pathologique d'une biopsie de la tumeur.

Dans la littérature, le carcinome adénoïde kystique (cylindrome) se présente comme une masse tumorale ferme, bien limitée et dépassant rarement 5 à 6 cm, parfois mobile, plus souvent adhérente aux structures adjacentes : au niveau sublingual et salivaire accessoire [3]. L'évolution naturelle du carcinome adénoïde kystique (cylindrome) peut se faire localement avec une atteinte périmébrale, infiltration parotidienne, parésie ou paralysie du

facial [41]. Du fait de sa croissance lente fréquente, si la localisation est parotidienne, il faut différencier cliniquement le carcinome adénoïde kystique avec l'adénome pléomorphe [37].

Le carcinome adénoïde kystique (cyndrome) est une tumeur récidivante [42], et infiltrante, il représente 4 à 8 % des tumeurs glandulaires salivaires et 15 à 25% des cancers salivaires [43]. Survenant à tout âge mais surtout entre 40 et 60 ans, il se distribue d'une façon assez égale entre les deux sexes, et affecte surtout la parotide (1 à 2 % des néoplasmes parotidiens) [43, 44]. La proportion de ce type de tumeur par rapport aux autres types de néoplasmes salivaires est beaucoup plus importante au niveau sous-mandibulaire (15 à 17% des cas) [3].

Observation N°5 : carcinome mucoépidermoïde de la parotide droite.

L'évolution de la maladie a commencé il y a 2 ans par un petit nodule parotidien de 5mm. Un traitement médical sans succès (la tuméfaction augmente de volume et devient 2,5cm), une série de 4 tumorectomies (avec récurrence à chaque tumorectomie) sans examen histologique sont en plus un temps perdu pour poser le diagnostic. Le diagnostic d'un carcinome muco-épidermoïde n'est posé qu'ultérieurement grâce à l'examen anatomopathologique après parotidectomie totale.

Selon la littérature, le carcinome muco-épidermoïde est une tumeur bien différenciée de faible malignité, plutôt arrondie, ferme, mobile, bien circonscrite et de croissance lente [3]. Si la tumeur est moins différenciée, elle sera plus molle et a une croissance plus rapide [3]. D'une manière générale, son diamètre est compris entre 2 à 5 cm, la tumeur n'est pas douloureuse et il n'y a pas de signes inflammatoires [45]. Les diagnostics différentiels se posent surtout en fonction du degré de différenciation : avec l'adénome pléomorphe, le carcinome adénoïde kystique ou les carcinomes peu ou pas différenciés [3]. Le carcinome muco-épidermoïde représente entre 3 à 10 % des tumeurs glandulaires et affecte le plus souvent la parotide (25 à 50 % des cas) [17]. C'est aussi une néoplasie salivaire maligne la plus fréquente chez l'enfant [46].

1.2 LE STADE TUMORAL AVANCE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC

Généralement, ce sont des petites tuméfactions, apparemment bénignes (indolores, fermes, mobiles, non inflammatoires) qui augmentent de volume assez rapidement en changeant de caractères : deviennent plus grosses, douloureuses et adhérentes, parfois associées à des signes de complications (une paralysie faciale, une limitation de l'ouverture buccale voir même un trismus). Nous avons remarqué aussi que les patients viennent tous consulter à un stade avancé, et sont classés T2 au minimum à la classification TNM (2 à 4cm) au moment du diagnostic.

Observation N°1 : carcinome à cellules acineuses de la glande sous mandibulaire droite, moyennement différencié avec invasion vasculaire

Initialement, c'était une tuméfaction de 1 cm de diamètre environ qui augmentait de volume pour devenir 4 cm de diamètre au moment du diagnostic. C'est à dire que la tumeur est classée T2 selon la classification TNM. Cette évolution a duré 6 ans.

Selon la littérature, la tumeur à cellules acineuses est de croissance lente et dépasse rarement 5 cm de diamètre [3].

Observation N°2 : adénocarcinome papillaire de la parotide avec métastase ganglionnaire

Dans notre cas, la tumeur passe de 5mm à 6 cm en 1 an d'évolution. Le stade tumoral au moment du diagnostic était de T3 selon TNM. Pour ce type de tumeur, la croissance rapide a été évoquée dans la littérature [3].

Observation N°3 : tumeur mixte (adénome pléomorphe) parotidienne et sous mandibulaire droite avec transformation carcinomateuse non invasive.

La tumeur initiale a mesuré 3cm de diamètre au cours de 24 mois d'évolution. Au moment du diagnostic, elle a mesuré 6cm dans son grand axe et serait classée T3 selon TNM.

Observation N°4 : carcinome adénoïde kystique (cylindrome) de glande sous mandibulaire droite.

En ce qui concerne notre cas, une tuméfaction de 1 cm a été décrite au cours de 1 an et demi d'évolution. Puis, nous avons remarqué une évolution rapide car la tumeur a été classé T4 au moment du diagnostic (9X5 cm).

Selon les études, ce type de tumeur a une croissance lente fréquente et elle dépasse rarement 5 à 6 cm [3, 37].

Observation N°5 : carcinome mucoépidermoïde de la parotide droite.

Une tumeur de 5mm a été notée pendant 2 ans d'évolution. Au moment du diagnostic elle mesurait 2,5X1,5cm, donc classée T2 selon la classification TNM.

D'une manière générale, selon la littérature, son diamètre est compris entre 2 à 5 cm [45].

1.3 LA TRANSFORMATION MALIGNNE

tumeur mixte (adénome pléomorphe) parotidienne et sous mandibulaire droite avec transformation carcinomateuse non invasive.

Nous rapportons ici un cas rare parce que selon la littérature[3], cette transformation est rare, et représenterait 2 à 5 % des tumeurs salivaires et serait surtout parotidienne. Cette hypothèse a été confirmée par une autre étude : l'adénome pléomorphe est une tumeur bénigne qui récidive dans de rares cas et se transforme en carcinome après une longue évolution [2].

Dans notre cas, le diagnostic d'une tumeur mixte (adénome pléomorphe) avec transformation carcinomateuse n'est obtenu qu'après 2 ans d'évolution. Le malade a bénéficié d'un traitement médical qui n'apportait pas une amélioration, en plus on a déjà fait 2 tumorectomies sans examen histologique.

La longue évolution de la maladie et les récides favoriseraient la transformation maligne car selon la littérature, la croissance brusque d'une tumeur bénigne évoluant depuis longtemps ou parfois la récide d'une tumeur déjà traitée constitue le symptôme typique de la tumeur mixte (adénome pléomorphe) avec transformation carcinomateuse [37]. Le diagnostic aurait être obtenu dès la première tumorectomie si on avait pratiqué un examen histologique de la pièce opératoire.

Selon la littérature, la tumeur est plus ou moins fixée aux structures voisines et plus ou moins douloureuse, bien que la douleur ne soit pas un signe prédominant [3]. Cet

envahissement loco-régional a été retrouvé dans notre observation par ce que le patient présentait un trismus signifiant l'envahissement du nerf facial.

Sur le plan histologique, la tumeur mixte (adénome pléomorphe) avec transformation carcinomateuse se caractérise par des cellules polymorphes à activité mitotique, suggérant un carcinome, dans un stroma rappelant par endroits l'adénome pléomorphe bénin. On la différencie avec les carcinomes par le matériel chondromyxoïde qui peut parfois être difficile à trouver dans les pièces histologiques [3].

Dans la tumeur mixte (adénome pléomorphe) avec transformation carcinomateuse, une étude avançait que les métastases locales (ganglionnaires) et générales (poumons, cerveau, colonne vertébrale, foie et glande thyroïde) sont fréquentes (30 à 70 %), [3]. Mais dans notre étude nous n'avons noté aucune métastase jusqu'au 4^{ème} mois d'évolution, puis le malade a été perdu de vue.

1.4 UNE IMPERFECTION DE LA PRISE EN CHARGE

En analysant le tableau N°3, nous avons remarqué que :

- XI-** tous les malades n'ont pas leurs prises en charges avant 1 an, et la tumeur était au stade T2 (2 à 4 cm) au minimum,
- XII-** tous les patients bénéficient d'un traitement médical (antibiothérapie et/ou anti-inflammatoire) pendant une longue période mais qui n'apportait pas une rémission,
- XIII-** tous les patients bénéficient d'un traitement chirurgical (tumorectomie), au moins au début de la prise en charge, mais il n'y avait pas un examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire,
- XIV-** tous les malades ont au moins une récurrence loco-régionale au cours de la prise en charge,
- XV-** les malades sont presque sans suivi après la prise en charge (perdu de vue).

Cette analyse permet d'évoquer l'insuffisance et la difficulté de la prise en charge de ces tumeurs chez nous, probablement due à la méconnaissance de ce type de tumeur, et à la longue à l'épuisement des ressources financières des patients pour le traitement complémentaire. Ainsi il y a obligatoirement des poursuites évolutives tumorales et des récurrences.

Dans tous les cas il faut noter que la chirurgie reste le traitement essentiel. Cependant, la qualité de cette pratique chirurgicale détermine largement les résultats pouvant être attendus par les patients [47, 48].

Même avec une prise en charge correcte, selon Myers E.V et coll., les métastases des cancers des glandes salivaires sont observées dans 20 % des cas environ [36]. En connaissant l'évolution des tumeurs, le groupe d'experts recommande une surveillance clinique trimestrielle les deux premières années, semestrielle pendant la troisième et la quatrième année, puis annuelle pendant 10 ans [6, 19].

Observation N°1 : carcinome à cellules acineuses de la glande sous mandibulaire droite, moyennement différencié avec invasion vasculaire

Un traitement médical a été donné à notre malade mais sans succès, la prise en charge chirurgicale (sous-mandibulectomie) n'est effectuée qu'après 6 ans. A ce moment là, la tumeur est déjà très évoluée (avec métastase).

Notre malade a bénéficié d'une exérèse large (sous-mandibulectomie droite), associée à une chimiothérapie et d'une radiothérapie au Cobalt qui conduisaient le malade à une évolution favorable transitoire ; après, le patient a été perdu de vue.

Selon les études, le traitement de base de ces tumeurs est la chirurgie [47, 48]. L'expérience chimiothérapique reste encore limitée devant ce type de tumeur. En cas de métastase, l'attitude thérapeutique préconisée repose sur la mise en place de traitements palliatifs : chimiothérapie et/ou chirurgie et/ou radiothérapie. De plus, une chirurgie tumorale et ganglionnaire peuvent être pratiquées dans le cas de métastases pulmonaires isolées (avec résection possible des métastases) [6].

Le taux de récurrence locale est élevé, dépassant 50 %. Ces récurrences sont souvent multiples [3]. Une autre étude constate que même avec la chirurgie, complétée ou non par une irradiation par photons, les taux de rechute étaient élevés de 40 à 89 % [49]. Cette situation semble difficile car même si on re-intervient, Etienne P. disait qu'il existe encore dans 90 % des cas des récurrences ultérieures [3].

Selon la littérature, dans le carcinome à cellule acineuse, les métastases à distance sont possibles mais rares (5 à 10% des cas) et sont surtout pulmonaire, osseuse, et au niveau du cerveau [37].

Cette tumeur autorise une survie de longue durée même en présence de métastases disséminées [3]. Le pronostic reste bon, avec 82 % de survies après 5 ans et 68 % après 10 ans [50]. Ailleurs la tumeur à cellules acineuses a un pronostic difficile à établir [2].

Observation N°2 : adénocarcinome papillaire de la parotide avec métastase ganglionnaire

Pendant 1 an, la patiente était traitée médicalement ; sans amélioration, la prise en charge chirurgicale a été prise. A ce moment là, il y a déjà un envahissement local.

Les traitements complémentaires (chimiothérapie et radiothérapie) ont été réalisés mais incomplets (appareil de radiothérapie en panne) et irréguliers (la patiente refuse la suite de la radiothérapie à cause de la dysphagie).

Une amélioration a été obtenue mais la malade est perdue de vue après. Cette situation décevante était due au manque de surveillance.

La surveillance permet : [34, 35]

XVI- d'apprécier et maintenir l'état général du patient,

XVII- de rechercher les effets secondaires et complications thérapeutiques à court et à long terme,

XVIII-de soutenir le patient psychologiquement.

Malgré une évolution favorable de la maladie, ce sont les effets secondaires de la radiothérapie (dysphagie majeure, anorexie, vomissement et nausées) qui découragent la patiente, et elle a refusé de continuer son traitement. Donc, c'est la prise en charge psychologique de la patiente qui a été incomplète. Il est nécessaire d'expliquer aux malades que les effets secondaires de la radiothérapie sont passagers et peuvent être atténués par des médicaments (traitements symptomatiques) [23].

Selon la littérature , pour l'adénocarcinome, la cobaltothérapie après la chirurgie tumorale radicale donne rapidement une évolution favorable [51].

Concernant la chirurgie de la parotide, le risque de complication sur le nerf facial n'était pas négligeable [49]. Même minutieux, l'acte opératoire entraîne dans 15% des cas une paralysie partielle de la branche inférieure du nerf facial, qui régresse en quelques jours ou semaines [28]. En cas de chirurgie pour une tumeur parotidienne, il faut préserver le nerf facial si celui-ci n'est pas envahi macroscopiquement par la tumeur. Si ce geste n'est pas possible, une réparation immédiate du nerf facial sera tentée si le contexte le permet [19].

En cas d'adénocarcinome, selon le type histologique et le degré de malignité, le pronostic de mortalité après 5 ans est évalué à 70 à 90 % en raison du caractère agressif de la tumeur.

Les adénocarcinomes bien différenciés autorisent un meilleur pourcentage de survie et moins de métastases que les tumeurs peu différenciées [52].

Observation N°3 : tumeur mixte (adénome pléomorphe) parotidienne et sous mandibulaire droite avec transformation carcinomateuse non invasive.

Ce cas a montré une fois de plus l'habitude des certains médecins d'utiliser les moyens médicamenteux pour traiter n'importe quelle tuméfaction.

Pour notre cas, le patient est encore traité médicalement même si la maladie a déjà évolué depuis 2 ans. Puis deux tumorectomies ont été réalisées sans examen histologique de la pièce. Or selon la littérature : toute exérèse doit être suivie d'un examen anatomo-pathologique [6]. Seule l'histologie peut confirmer que l'exérèse est complète [26].

Malgré la parotidectomie avec résection de la glande sous-mandibulaire homologue, on a noté une poursuite évolutive de la tumeur : il y a une apparition d'une infiltration et d'un trismus (c'est à dire que la chirurgie n'est pas complète), mais le patient n'était pas assidu aux traitements complémentaires (radiothérapie et chimiothérapie). En effet, selon Sullivan et Coll. si l'exérèse n'est pas complète et qu'il n'y a pas de traitement complémentaire, il y aura plus de 40 % de récurrence [26].

Nous n'avons pas pu suivre l'évolution de la maladie car le patient était encore perdu de vue.

Selon la littérature la parotidectomie totale constitue le meilleur traitement de la tumeur mixte (adénome pléomorphe) avec transformation carcinomateuse. Pourtant, la récurrence a été mentionnée par Rauch et Coll. [53], et le pourcentage global de survie est environ 50% à 5 ans, 30% à 10 ans [54] ; pour d'autre, ce taux sera respectivement de 40%, 24% et 19% après 5, 10 et 15 ans [55]. Au niveau sous-mandibulaire, l'exérèse glandulaire est systématique. Dans les formes tumorales les plus avancées où les récurrences peuvent nécessiter des exérèses larges avec reconstruction par lambeaux de voisinage et des évidements ganglionnaires, la radiothérapie est efficace mais n'est pas curative [3].

Observation N°4 : carcinome adénoïde kystique (cylindrome) de glande sous mandibulaire droite.

Le patient a laissé évoluer sa maladie pendant 1 an et demi sans aucune prise en charge. Au cours de sa première consultation, une tumorectomie sans examen histologique

a été réalisée. Après, une extension tumorale locale (responsable d'une limitation d'ouverture de la cavité buccale) et générale (métastase pulmonaire) ont été constatées.

Du fait de l'évolution tumorale rapide, le traitement chirurgical a été récusé car la tumeur était déjà très évoluée.

A notre avis, si la prise en charge initiale était à temps et correcte, on aurait pu éviter la récurrence et le passage au stade de tumeur inopérable.

En attendant la radiothérapie dont l'appareil était en panne, une chimiothérapie palliative a été programmée ; mais le patient était perdu de vue. Dans cette observation aucune prise en charge correcte du malade n'est réalisée.

Dans la littérature, en cas de carcinome adénoïde kystique (cylindrome), une chirurgie exérèse doit être radicale et passer largement en tissu sain en sachant que les infiltrations nerveuses et osseuses sont fréquentes et nécessitent des sacrifices dont les conséquences fonctionnelles sont indéniables [3].

La radiothérapie est utilisée en complément d'une chirurgie suspecte d'être incomplète ou dans les cas primaires ou récidivants inopérables (c'est une tumeur radiosensible)[56, 57].

La radiothérapie postopératoire a montré son efficacité dans le contrôle locorégional de l'affection sans cependant qu'il y ait modification du taux de survie à long terme [58].

Une chimiothérapie complémentaire peut être tentée en cas de métastases viscérales (cyclophosphamide, bléomycine ou cis-platine) [3].

Observation N°5 : carcinome mucoépidermoïde de la parotide droite.

La première prise en charge est encore ici un traitement médical (antibiothérapie) même si la maladie a déjà évolué depuis 2 ans, puis quatre séries de tumorectomie sans examen histologique ont été pratiquées (il y avait une récurrence après chaque exérèse). Selon le principe qui dit que toute exérèse doit être suivie d'un examen anatomo-pathologique [6], la cinquième intervention était une parotidectomie totale avec examen anatomo-pathologique. Le traitement chirurgical suivi d'une radiothérapie complémentaire immédiate donnent une rémission complète.

Donc c'est le seul cas où une rémission complète est obtenue mais nous n'avons pas de suivi à long terme.

Malgré les nombreuses récurrences (opéré 4 fois), un traitement chirurgical correct (exérèse complète avec biopsie) suivi d'un traitement complémentaire (radiothérapie) immédiat assurent une rémission complète car comme dans toute tumeur, la récurrence s'explique par l'exérèse incomplète, comme nous précise la littérature [3]. Enfin c'est la surveillance stricte qui assurerait une bonne guérison [35, 36].

Même si le taux de récurrence est assez élevé (plus de 40 %)de chances [26], l'exérèse sans examen anatomo-pathologique est un des facteurs de récurrence car la limite de résection n'est pas toujours respectée. Il n'y a que l'histologie qui peut confirmer que l'exérèse est complète [26].

1.5 LES DIFFICULTES FINANCIERES DES MALADES POUR LE TRAITEMENT

Du fait que la prise en charge chirurgicale a été réalisée tardivement, et que la tumeur était déjà évoluée, les traitements complémentaires (radiothérapie et/ou chimiothérapie) sont toujours nécessaires. Mais presque tous nos malades n'arrivent plus à suivre le traitement complémentaire (radiothérapie et /ou chimiothérapie) parce qu'ils ont épuisé leurs ressources, d'où poursuites évolutives tumorales .

Il ne faut pas oublier que la chirurgie reste le traitement essentiel [2, 19]. Cependant, la qualité de cette pratique chirurgicale détermine largement les résultats pouvant être attendus par les patients [47, 48]. En effet en cas de petite tumeur (T1-T3a) avec exérèse complète de la glande (précisée par l'examen anatomo-pathologique), une surveillance seule suffit. En cas d'exérèse incomplète quelle que soit la taille, et en cas de grosse tumeur (T3b-T4) où l'exérèse est toujours considérée comme incomplète : la chirurgie est complétée par la radiothérapie du lit tumoral et des aires ganglionnaires [6].

2. SUGGESTIONS

Même si les tumeurs malignes des glandes salivaires sont rares, elles représentent un problème de santé publique et socio-économique chez nous à cause de l'insuffisance de la prise en charge. Des mesures méritent d'être appliquées pour laisser espérer une amélioration de la situation face à ces tumeurs.

En tenant compte de la méconnaissance de la population malgache concernant ce type de tumeur, et aussi de la difficulté de prise en charge des patients depuis le diagnostic

jusqu'au traitement, le recours à l'ensemble de moyens pour poser le diagnostic de ces tumeurs le plus tôt possible et de les prendre en charge de façon précoce s'imposent et doivent s'intégrer à la pratique médicale courante.

2. 1. Communication pour le Changement de Comportement (3C)

- Pour la population :
 - Informer la population sur l'existence des tumeurs des glandes salivaires.
 - Eduquer et sensibiliser les gens sur l'importance de la prise en charge correcte et précoce.
- Pour les praticiens :
 - Il ne faut pas laisser traîner les tuméfactions surtout si elles intéressent la sphère ORL et cervico-faciale.
 - Il faut connaître l'aspect clinique d'une tumeur, car les lésions sont souvent accessibles à l'examen simple.
 - Il faut prendre en charge de façon précoce et orienter les patients vers le spécialiste.
- Aux spécialistes
 - Bien expliquer aux malades sa maladie.
 - Renforcer le soutien psychologique des patients et notamment les prévenir des effets secondaires du traitement.
 - Encourager les patients à bien suivre le rythme de surveillance après le traitement.
- Aux autorités compétentes :
 - Faciliter la diffusion de l'information concernant ce type de tumeur dans tous les centres de santé (affichage, Radio, Télévision).
 - Augmenter le nombre des spécialistes dans la matière (ORL, Chirurgiens maxillo-faciales et Stomatologues, Anatomopathologistes, Cancérologues, Radiothérapeutes).

- Vu l'utilité de l'appareil de cobaltothérapie en cancérologie, les pannes sont à éviter au maximum à l'aide d'un entretien facilité par une subvention de l'état ou par une partie de la recette à réserver dans ce but.
- Elargir les plateaux techniques de radiothérapie.
- Dotation en autres appareils de radiothérapie au moins dans les grands hôpitaux (C.H.U)

2. 2. Prise en charge active et précoce

- ⇒ Il est donc capital de penser au diagnostic de tumeurs des glandes salivaires devant toute symptomatologie suspecte (tuméfaction et douleur au niveau de ces glandes).
- ⇒ Organiser une formation continue des médecins.
- ⇒ La réalisation d'un examen anatomo-pathologique et l'orientation en service spécialisé sont vivement recommandées devant une tuméfaction suspecte (évolution rapide, récurrence après exérèse).
- ⇒ Dépister précocement les complications secondaires des traitements adoptés et bien contrôler les anomalies biologiques pouvant survenir .
- ⇒ Prévenir le patient des effets secondaires du traitement.

2. 3. Prévenir les récurrences

- ⇒ un traitement chirurgical correct sera toujours suivi par un examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire(limites carcinologiques).
- ⇒ Renforcer la surveillance régulière et stricte qui vise surtout à diagnostiquer au plus tôt une récurrence locale ou ganglionnaire d'une tumeur déjà connue, une diffusion métastatique surtout pulmonaire.

VIII. Ne pas négliger la prise en charge médico-sociale post-opératoire.

CONCLUSION

Les tumeurs des glandes salivaires sont rares et faciles à diagnostiquer. Le diagnostic est toujours tardif à Madagascar car le principal signe qui est la tuméfaction, initialement indolore, était souvent négligée par les malades qui ne viennent consulter qu'aux stades avancés avec des tumeurs récidivantes ou métastatiques.

La prise en charge souvent inadéquate serait la principale cause des récives et de poursuite évolutive, parfois même responsable d'une transformation maligne d'une tumeur initialement bénigne.

La chirurgie, qui est le traitement de base, était souvent incomplète et sans examen histologique. En outre, les patients n'arrivent plus à suivre la radiothérapie complémentaire (appareil en panne ou malade non assidu) qui devrait être instituée en post-opératoire immédiate si la chirurgie est jugée incomplète.

Nous pensons qu'une meilleure communication médicale interdisciplinaire, une information du public et un développement du plateau technique en radiothérapie apporteront de l'amélioration à la prise en charge des malades. Des résultats plus encourageants sur les tumeurs des glandes salivaires à Madagascar pourraient alors être attendus même si la tumeur est reconnue de risque de récive élevé.

ANNEXES

ANNEXE 4

CLASSIFICATION T.N.M DES TUMEURS DE GLANDES SALIVAIRES

Selon Levitt [21]

- T1 : Tumeur d'un diamètre de 0,1 à 2 cm, sans envahissement local ;
- T2 : Tumeur d'un diamètre de 2,1 à 4 cm, sans envahissement local ;
- T3 : Tumeur d'un diamètre de 4,1 à 6 cm, sans envahissement local ;
- T4a: Tumeur d'un diamètre supérieur à 6 cm, sans envahissement local ;
- T4b: Tumeur de n'importe quelle taille, avec envahissement local ;

No : Pas d'évidence de métastases lymphatiques régionales (inclus les patients à ganglions lymphatiques régionaux palpables mais non suspects) ;

N 1 : Evidence de métastases lymphatiques régionales (inclus les patients à ganglions lymphatiques régionaux palpables et suspects),

Mo : Pas de métastases à distance,

M1 : Métastases à distance présentes ;

Stade I : T1NoMo, T2NoMo

Stade II : T3NoMo

Stade III : T1N1Mo, T2N1Mo, T 4aNoMo, T 4bNo Mo

Stade IV : T3N1 Mo, T4aN1Mo, T4bN1Mo, tous M1.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Hand A.R. Salivary Glands. In: Bhaskar SN(Ed), Orban's Oral Histology and Embryology. St Louis, Mosby. 1980: 336-370.
- 2 Jacques B. Cancers des Glandes Salivaires. 2002.
<http://www.fnclcc.fr>
- 3 Etienne P. Pathologie de glandes salivaires. Traité de Pathologies buccale et Maxillo-faciale. 1991 ;9 : 1085-1160.
- 4 Carlier R, Challier E, Doyon D. Imageries des Glandes Salivaires. 1995.
<http://www.med.univ-rennes1.fr//cerf/edicerf/NR/NR003.htm>
- 5 LiVolsi VA, Merino MJ. Histopathology of Salivary Gland Tumors. In: Ariyan S (Ed), Cancer of the Head and Neck. St Louis, Mosby, 1987, pp 603-665.
- 6 Bensadoun R.J, Allavena C, Chauvel B. Prise en charge des patients atteints de tumeurs des glandes salivaires (lymphomes, sarcomes et mélanomes exclus). In : Standards, Options et Recommandations 2003, mise à jour. Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. 2003.
- 7 Johns M.E, Goldsmith M.M. Incidence, diagnosis and Classification of Salivary Gland tumors, Part 1. Oncology 1989; 3: 47-56.
- 8 Eveson JW, Cawson RA. Salivary Gland Tumors. A Review of 2410 Cases with Particular Reference to Histological Types, Site, Age and Sex Distribution. Pathol 1985; 146: 51-58.

- 9 Khale W, Leonhardt H, Platzer W. Organes digestif. In: Cabrol C eds Anatomie 2 Viscères. Paris: Doin, 1999: 168.
- 10 Spiro R.H, Thaler H.T, Hicks W.F. The importance of clinical Staging of minor Salivary gland carcinoma. Am J Surg 1991; 162: 330-336.
- 11 Khale W, Leonhardt H, Platzer W. Glandes Salivaires. In: Cabrol C eds Anatomie 2 Viscères. Paris: Doin, 1999: 192-195.
- 12 Netter F. Glandes salivaires. Atlas d'Anatomie Humaine. Masson, 2^{ème} édition 2002 : 54-55.
- 13 Vulgaris-Médical. Encyclopédie: Glandes salivaires. 2001.
<http://www.vulgaris-medical.com>
- 14 Stéphane SIMART. Les cancers de la cavité buccale et leurs traitement I : Généralités et rappels.
http://www.dentalespace.com/fc/patho/cancer_cd1.htm
- 15 Mannila L, Mannila A, Lewalle P, Nicoulin M. Dictionnaire Médical. 9^{ème} édition. Paris Masson ; 2000.
- 16 Tackray A.C, Sobin L.H. Histological Typing of Salivary Gland Tumors. International Histological Classification of Tumors N°7. Geneva, World Health Organization 1972.
- 17 Perzin KH. Systematic approach to the pathologic diagnosis of salivary gland tumors. In: Fenoglio CM, Wolff M (Eds), Progress in Surgical Pathology, Vol 4. New York, Masson, 1982, pp 137-179.
- 18 Référentiels : Tumeurs des glandes salivaires. 2003
http://www.oncolor.org/referentiels/vads/gld_saliv_ttt.htm.
- 19 Référentiels : Tumeurs des glandes salivaires. 2002

- 20 Brugère J. Cancers des voies aéro-digestives superieures. Flammarion Paris 1987 : 491p.
- 21 Levitt SH, McHugh RB, Gomez-Marin O, Hyames VJ, Soule EH, Strong EW, Sellers AH, Woods JE, Guillaumondegui OM. Clinical Staging System for the Cancer of the Salivary Gland: A Retrospective Study. Cancer 1981; 47:2712-2724.
- 22 Claude B. Tumeurs à cellules claires des glandes salivaires: Problèmes diagnostiques. Revue Française des Laboratoires 2001 ; 333 : 23-27.
- 23 Zelek L, Khayat D. Traitements médicaux des cancers. Edition La gazette médicale. Guide pratique en Cancérologie. Paris : Doin, 1994 : 24-37.
- 24 Zelek L, Khayat D. Principes de base de la radiothérapie. Edition La gazette médicale. Guide pratique en Cancérologie. Paris : Doin, 1994 : 18-23.
- 25 Noël G, Feuvret L, Ferrand R. and J, Mazon. Le traitement par neutrons: handrothérapie partie II: Bases physiques et expérience clinique. Cancer/Radiothérapie 2003 ; 7 : 340-352.
- 26 Sullivan MJ, Breslin K, McClatchey KO, Ho L, Farrior EH, Krause CJ. Malignant parotid gland tumors: A retrospective study. Otolaryngol Head Neck Surg 1987; 97: 529-533.
- 27 Bernard A, Bourhis J. Radiothérapie. Rév Prat 2001 ; 51 : 1265-1271.
- 28 Vidal E, Liozon E, Soria P. Bouche sèche. Rév Prat 2001 ; 51 : 151-153.
- 29 Szpirglas H, Guilbert F. Cancers de la cavité buccale. Encycl Méd Chir. Stomatologie- Ondontologie I. Paris 1996 : 22-063 A 05.
- 30 Sullivan BP, Oatis GW, Grisius RJ. Osteoradionecrosis : its prevention. Clin Prev Dent 1982 ; 8 : 8-12.

- 31 Llori H, Dammron A, Frank R.M. Les modifications de la flore buccale aérobie après radiothérapie bucco-pharyngée. Archives of Oral Biology 1971; 16: 617-630.
- 32 Brasnu D. Cancers de la tête et du cou. In : Andrieu JM, Colonna P eds. Cancers : évaluation, traitement et surveillance. ESTEM, Paris : Doin, 1997.
- 33 Brugère J. Parotide. 2002.
<http://www.fnclcc.fr>
- 34 Sarini J, Everard F, Lefebvre JL. Cancer des VADS : Traquer les signes d'alarme. Rev Prat 2001, N°550 : 1779-1780.
- 35 Desfosses G. Soins palliatifs au cours des cancers. Rév Prat 1999 ; 49 : 1063-1067.
- 36 Myers E.V, Suen J.Y, Saunders W.B. Cancers of the head and neck. 3ème eds. Philadelphia 1990.
- 37 Seifert G, Miehle A, Haubrich J, Chilla R (Hrsg). Speicheldrüsenkrankheiten. Pathologie, Klinik, Therapie, Facialchirurgie. Stuttgart, Thieme, 1984.
- 38 Perzin KH, LiVolsi VA. Acinic Cell Carcinoma Arising in Ectopic Salivary Gland Tissue. Cancer 1980; 45: 967-972.
- 39 Abrams A.M, Cornyn J, Scofield H.H, Hansen L.S. Acinic Cell Adenocarcinoma of the Major Salivary Glands: A Clinicopathologic Study of 77 cases. Cancer 1965; 18: 1145-1162.
- 40 Batsakis J.G, Pinkston G.R, Luna M.A, Byers R.M, Sciubba J.J, Tillery G.W. Adenocarcinomas. J Laryngol Otol 1983; 97: 825-835.
- 41 Conley J, Dingman D.L. Adenoid Cystic Carcinoma in Head and Neck (cylindroma). Arch Otolaryngol 1974; 100: 81-90.
- 42 Deboise A, Compère JF, Ledoux P, Bertrand JC, Guilbert F, Vaillant JM. Cylindromes des glandes salivaires. Etude rétrospective de 65 cas. Rev Stomatol Chir Maxillofac 1981; 82: 286-288.

- 43 Eby L.S, Johnson D.S, Baker H.W. Adenoid Cystic Carcinoma of the Head and Neck. *Cancer* 1972; 29: 1160-1168.
- 44 44 Eneroth C.M. Salivary Gland Tumors in the Parotid Gland, Submandibular Gland and the Palate Region. *Cancer* 1971; 27: 1415-1418
- 45 45 Laudenbach P. Pathologie des glandes salivaires. *Encycl Méd Chir (Paris, France), Stomatologie*, 22057 B 10 et C 10, 7-1987.
- 46 46 Krogdahl A.S, Bretlau P, Hastrup N. Multiple tumors of the parotid gland. *J laryngol Otol* 1983; 97:1035-1037.
- 47 Zelek L, Khayat D. Principes de base de la chirurgie oncologique. Edition La gazette médicale. Guide pratique en Cancérologie. Paris : Doin, 1994 : 78-88.
- 48 Jacques D, François G, Gérard D, Laurent B. La chirurgie cancérologique. *Bulletin du cancer* 2002 ; 89 : 7-8.
- 49 Buchholz T.A, Laramore G.E, Griffin B.R, Koh W.J and Griffin T.W. The role of fast neutrons radiation therapy in the management of advanced salivary gland malignant neoplasms. *Cancer* 1992; 69: 2779-2788.
- 50 Hickman RE, Cawson RA, Duffy SW. The Prognosis of Specific Types of Salivary Gland Tumors. *Cancer* 1984; 54: 1620-1624.
- 51 Ampil FL, Misra RP. Factors Influencing Survival of Patients with Adenoid Cystic Carcinoma of the Salivary Glands. *J Oral Maxillofac Surg* 1987; 45:1005-1010.
- 52 Matsuba HM, Mauney M, Simpson JR, Thawley SE, Pikul FJ. Adenocarcinomas of Major and Minor Salivary Gland Origin: A Histopathologic Review of Treatment Failure Patterns. *Laryngoscope* 1988; 98: 784-788.
- 53 Rauch S, Gorlin R.J, Seifert G. Diseases of the Salivary Glands. In Gorlin R.J, Goldman H.M(Eds), *Thoma's Oral Pathology*. St Louis, Mosby 1970: 962-1072.

- 54 Batsakis J.G. Tumors of the Major Salivary Glands. In: Tumors of the Head and Neck: Clinical and Pathological Considerations. Baltimore, Williams and Wilkins 1979: 1-75.
- 55 Spiro R.H, Huvos A.G, Strong E.W. Malignant Mixed Tumor of Salivary Origin. A clinicopathologic Study of 146 cases. Cancer 1977; 39: 388-396.
- 56 Matsuba HM, Thawley SE, Levine LA, Rao DV, Smith PG. High Grade Malignancies of the Parotid Gland: Effective Use of Planned Combined Surgery and Radiation. Laryngoscope 1985; 95: 1059-1063.
- 57 Nascimento AG, Amaral ALP, Prado LAF, Kligerman J, Silveira TRP. Adenoid Cystic Carcinoma of Salivary Glands. A Study of 61 Cases With Clinicopathologic Correlation. Cancer 1986; 57: 312-319.
- 58 Eapen LJ, Gerig LH, Catton GE, Danjoux CE, Girard A. Impact of Local Radiation in the Management of Salivary Gland Carcinomas. Head Neck Surg 1988; 10: 239-245.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président du mémoire

Signé : Professeur RAKOTOBE Pascal

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Signé : Professeur

RAJAONARIVELO Paul

Nom et Prénoms : **ANDRIANASOLO Miakajato Fierenana**

Titre du mémoire : « **La prise en charge des tumeurs des glandes salivaires : données de la littérature et**

réalités malgaches. A propos de cinq observations. »

Rubrique : Chirurgie maxillo-faciale
de tableaux : 03

Nombre de figures : 07
graphiques : 0

Nombre d'annexes : 04

Nombre de pages : 53

Nombre de schémas : 0

Nombre de bibliographies : 58

Nombre

Nombre de

RESUME

La tumeur des glandes salivaires est rare, le diagnostique est facile mais souvent négligé.

Nous rapportons une étude réalisée sur cinq observations dans le Service Oncologie-Radiothérapie du CHU-JRA Antananarivo durant l'année 2003 concernant la prise en charge des tumeurs des glandes salivaires.

Notre objectif est de montrer la nécessité d'une prise en charge précoce et correcte de ce type de tumeur ainsi que la réalité à Madagascar.

Le diagnostique de la tumeur des glandes salivaires est toujours tardif à Madagascar car les malades ne viennent consulter qu'aux stades avancés (au moins classées T2 par TNM) avec des tumeurs récidivantes ou métastatiques. Le principal signe est la tuméfaction, il est souvent négligé. La prise en charge est souvent inadéquate et les récidives sont observées dans la plupart des cas. La pauvreté est un facteur déterminant dans la prise en charge thérapeutique car les patients n'arrivent plus à suivre les traitements proposés. Malgré les récidives fréquentes, si le patient est assidu aux traitements, le résultat serait favorable.

Mots-clés : Tumeur – Glandes salivaires – Prise en charge

Directeur de mémoire : Professeur RAKOTOBE Pascal

Adresse de l'auteur : Logement 342 Ampefiloha cité, 101 Antananarivo

SUMMARY

The tumor of salivary glands is rare and easy to diagnose but often neglected. We report a study realized with five observations in Oncology-Radiotherapy Service of the CHU-JRA Antananarivo during the year 2003 on the management in the tumors of the salivary glands.

Our aim is to show the necessity of the management precocious and correct of this tumor and the malagasy reality.

The diagnose of the tumors salivary glands is always belated to Madagascar because the patients come to consult only to the advanced stages (classified T2 by TNM) with relapsing tumors and metastasis.

The swelling constitute the first sign but often neglected. The management is often inadequate, the frequent recurrence is observed in most of the cases. The poverty is a factor determining in the management because the patient doesn't follow the treatment proposed. In spite of frequent recurrence, if the patient is regular to the treatments, the result would be favorable.

Key-words : Tumor - Salivary Glands - Management

Director of memory : Professor RAKOTOBE Pascal

Author's address: Logement 342 Ampefiloha cité, 101 Antananarivo