

**LOCALISATION SECONDAIRE D'UN ADENOME PLEOMORPHE DE LA
PAROTIDE : ENSEMENCEMENT OU METASTASE ?
SECONDARY LOCALIZATION OF A PLEOMORPHIC ADENOMA OF THE
PAROTID: SEEDING OR METASTASIS ?**

Loum B, Lame CA, Sy A, Diallo B, Sarr ES, Diallo BK

1. LOUM Birame: Service ORL Hôpital Principal de Dakar,
Email: birameloumorl@yahoo.com
2. LAME Cheikh Ahmédou: Service ORL Hôpital Principal de Dakar
Email : cheikh lame@gmail.com
3. SY Abdou : Service ORL Hôpital d'enfants de Diamniadio
Email : abdousy201@gmail.com
4. DIALLO Thierno Boubacar : Service ORL Hôpital Principal de Dakar
Email : boubamed@hotmail.com
5. SARR El Hadj Souleymane : Service Anatomie Pathologique Hôpital Principal de
Dakar, Email : essarr77@yahoo.fr
6. Diallo Bay Karim : Service ORL Centre Hospitalier des Enfant Albert Royer, Email :
baydiallo@yahoo.fr

**Auteur correspondant : LOUM Birame
Service ORL Hôpital Principal de Dakar
Email : birameloumorl@yahoo.com**

RESUME

Introduction : L'adénome pléomorphe est la plus fréquente des tumeurs bénignes de la glande parotide. Cette bénignité est certes rassurante mais elle cache un enjeu chirurgical par son risque de récurrence ou de localisations secondaires. Nous rapportons un cas rare de localisation secondaire, tardive, au sterno-cléido-mastoïdien, d'un adénome pléomorphe de la glande parotide. Cas clinique : F. T., 30 ans, avait bénéficié, en Décembre 2001, d'une parotidectomie totale conservatrice gauche. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire était en faveur d'un adénome pléomorphe de la parotide. La patiente a été revue en consultation, en Janvier 2013, pour des petites masses latéro-cervicales gauches disséminées. L'IRM confirmait la présence de petites masses perlées localisées dans le muscle sterno-cleido-cleidomastoïdien. La loge parotidienne était vide. Une exérèse des lésions emportant une partie du chef antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien a été réalisée. L'examen anatomo-pathologique de la pièce

opératoire était en faveur d'un adénome pléomorphe. Discussion : L'adénome pléomorphe est le type histologique le plus fréquent des tumeurs bénignes de la glande parotide. Son traitement est chirurgical. Toute fois la technique chirurgicale doit être rigoureuse pour éviter un ensemencement des tissus de voisinage. Par contre, on n'est jamais à l'abri d'une dissémination à distance pour une tumeur qui reste bénigne.

Mots clés : adénome pléomorphe, récurrence, sterno-cléido-mastoïdien, IRM

SUMMARY

Introduction: Pleomorphic adenoma is the most frequent of benign tumors of the parotid gland. This benignity is certainly reassuring but it hides a surgical stake by its risk of recurrence or secondary sites. We report a rare case of secondary and late localization to the sternocleidomastoid muscle of a pleomorphic adenoma of the left parotid gland. Clinique case : F. T., 30 years old, had benefited, in December

2001, from a left conservative total parotidectomy. The anatomo-pathological examination of the surgical specimen was in favor of a pleomorphic adenoma of the parotid. The patient was reviewed in consultation, on January 2013, for small scattered left laterocervical masses. MRI confirmed the presence of small pearl of masses located in the sternocleidomastoid muscle. The parotid chamber was empty. A removal of the lesions carrying part of the anterior head of the sternocleidomastoid muscle was performed. The anatomopathological examination of the

surgical specimen showed a pleomorphic adenoma. Discussion: Pleomorphic adenoma is the most frequent histological type of benign tumors of the parotid gland. His treatment is surgical. However, the surgical technique must be rigorous to avoid seeding the neighboring tissues. On the other hand, one is never safe from a remote dissemination for a tumor that remains benign.

Keywords : pleomorphic adenoma, recurrent, sternocleidomastoid, MRI

INTRODUCTION

L'adénome pléomorphe est la plus fréquente des tumeurs bénignes de la glande parotide. Cette b nignit  est certes rassurante mais elle cache un enjeu chirurgical par son risque de récidive ou de localisations secondaires.

Les localisations secondaires d'adénomes pléomorphes de la glande parotide peuvent être locorégionales ou à distance.

Nous rapportons un cas rare de localisation secondaire et tardive au muscle sterno-cléido-mastoïdien d'un adénome pléomorphe de la glande parotide gauche.

OBSERVATION

N. F. T., 30 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, avait bénéficié, en Décembre 2001, d'une parotidectomie totale conservatrice gauche. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire était en faveur d'un adénome pléomorphe de la glande parotide.

La patiente a été revue en consultation, en Janvier 2013, pour des petites masses lat rocervicales gauches disséminées le long du muscle sterno-cléido-mastoïdien, légèrement douloureuse à la palpation, sans paralysie faciale.

L'IRM confirmait la présence de petites masses perl es localisées au niveau du 1/3 supérieur du chef antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien. La loge parotidienne était vide (Figures 1, 2)



Figures 1 et 2: Lésions perl es disséminées le long du chef antérieur du

muscle sterno-cléido-mastoïdien à l'IRM. (Scattered pearl lesions along the anterior head of the sternocleidomastoid muscle at the MRI.)

Une cervicotomie exploratrice avec exérèse des lésions emportant une partie du chef antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien a été réalisée.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire était en faveur d'un adénome pléomorphe (Figure 3).

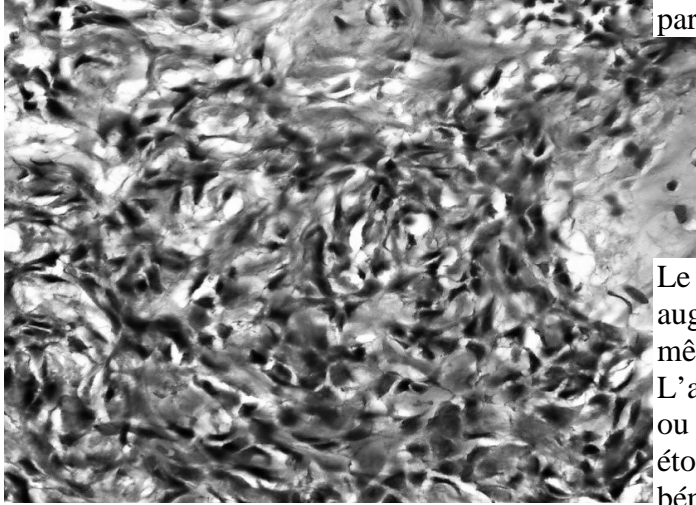


Figure 3: Prolifération cellulaire polymorphe comportant du tissu cartilagineux. (Polymorphic cell proliferation comprising cartilage tissue.)

DISCUSSION

L'adénome pléomorphe est la plus fréquente des tumeurs des glandes salivaires. Elle touche en prédilection les glandes salivaires principales dont la localisation la plus fréquente est la glande parotide [1-2].

Elle est le plus souvent retrouvée chez l'adulte entre 40 ans et 50 ans [3] mais les enfants ne sont pas épargnés comme ce fut le cas de notre patiente, âgée de 9 ans lors de la première découverte de sa lésion.

La prédominance féminine est décrite par plusieurs auteurs [1,3].

L'évolution est souvent lente et la symptomatologie est pauvre ; il n'y a pas de douleur, ni de paralysie faciale. L'apparition de douleurs ou

d'adénopathies cervicales doit faire craindre une tumeur maligne.

Le traitement est chirurgical et consiste en une exérèse tumorale souvent suffisante pour assurer une guérison complète.

Cependant le traitement constitue un véritable challenge chirurgical lié aux risques de récurrences, de transformation maligne ou de métastases locorégionales ou à distance.

Les récurrences peuvent survenir plusieurs années après la tumeur initiale favorisées par un certains nombres de facteurs :

- âge jeune comme ce fut le cas de notre patiente.
- un geste chirurgical incomplet
- la plurifocalité des lésions
- la cellularité importante
- l'effraction capsulaire [4-5-6].

Le risque d'apparition de tumeur maligne augmente avec la durée d'évolution, de même que le caractère pluricellulaire [7].

L'apparition de métastases locorégionales ou à distance est une possibilité assez étonnante pour une tumeur qui reste bénigne. Cette entité est controversée, mais dans la littérature récente, elle est distinguée de l'adénome pléomorphe bénin classique et représente 1% de l'ensemble des adénomes pléomorphes malins (carcinosarcome, carcinome ex-adénome pléomorphe et adénome pléomorphe malin) [8-9-10]. Elle est rare, décrite pour la première fois dans la littérature anglo-saxonne en 1953 [8,10]. Les métastases peuvent intéresser l'os, le poumon, le tissu cellulaire sous cutanée. La localisation secondaire au sternocléidomastoïdien est rare [2]. Aucune caractéristique clinique ou histologique ne permet de différencier les formes métastatiques des formes classiques non métastatiques. Le mécanisme exact des métastases reste incertain mais semble être lié à une dissémination intra-vasculaire de cellules tumorales, lors de la manipulation chirurgicale de la tumeur primitive ou des récurrences. Elles peuvent apparaître jusqu'à 52 ans après la tumeur initiale [2,8]. Si la métastase est accessible,

le pronostic est excellent après une exérèse complète.

Pour ce qui concerne notre patiente, les arguments suivants nous font penser que le tableau clinique ressemble plus à un ensemencement du sterno-cléido-mastoïdien que d'une métastase :

- il s'agissait, lors de la chirurgie initiale, d'une grosse tumeur parotidienne, avec extension oropharyngée ayant justifié des manipulations importantes avec possibilité de rupture capsulaire.
- l'incision que nous avons utilisée est celle classique de REDON se terminant au niveau du muscle sterno-cléido-mastoïdien
- le caractère disséminé des lésions le long du chef antérieur du muscle donnant un aspect de semis.

- l'âge jeune

Cependant la dissémination par voie hématogène reste toujours possible bien qu'il s'agisse d'une lésion bénigne, d'autant plus que les métastases peuvent survenir plusieurs années après la chirurgie initiale.

CONCLUSION

L'adénome pléomorphe est le type histologique le plus fréquent des tumeurs bénignes de la glande parotide. Son traitement est chirurgical. Toute fois la technique chirurgicale, lors du traitement initiale, doit être rigoureuse par une parotidectomie exofaciale ou totale évitant toute effraction capsulaire pouvant entraîner un ensemencement des tissus de voisinage. Par contre, on n'est jamais à l'abri d'une dissémination à distance pour une tumeur qui reste bénigne.

REFERENCES

1. E.-S. Diom, A. Thiam, A. Tall, M. Ndiaye, S. Toure, R. Diouf. Profile of parotid gland tumours: Experience of 93 cases over a period of 16 years. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases* 2015; 132: 9-12.
2. A. Belghith, H. Njah, H. Touil, M. Bouzaïene. Métastase cervicale d'un adénome pléomorphe. *65 J. Tun ORL* 2014; 31
3. Hamama J, El khayati S, arrob A, khalfi L, Abouchadi A, Elkhatib MK. Adénome pléomorphe des glandes salivaires accessoires. *AOS - journal* 2015; 271: 4 - 9.
4. Batsakis JG, Regezi JA, Bloch D. The pathology of head and neck tumors: salivary glands, part 3. *Head & neck surgery* 1979; 1(3):260-73.
5. Conley J, Clairmont AA. Facial nerve in recurrent benign pleomorphic adenoma. *Arch Otolaryngol.* 1979; 105(5):247-51.
- 6- Paris J, Facon F, Chrestian MA, et al. Recurrences of pleomorphic adenomas of the parotid: development of concepts. *Revue de laryngologie - otologie - rhinologie.* 2004; 125(2):75-80.
7. Tacray A, Lucas R. Carcinoma in pleomorphic adenoma. *Atlas of Tumor pathology (série 2)* 1974; 10: 107-17
8. Reiland MD, Koutlas IG, Gopalakrishnan R, Pearson AG, Basi DL. Metastasizing pleomorphic adenoma presents intraorally: a case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2012; 70:e531-40.
9. Yamaguchi T, Ashizawa K, Nagaoki K, et al. Metastasizing pleomorphic adenoma of the submandibular gland with metastasis to the lung and sternum: CT and MR imaging. *Findings. Eur J Radiol Extra* 2009; 72:e69-e72.
10. Myers EN, Chen IH, Tu HY. Pleomorphic adenoma of the parotid gland metastasizing to the cervical lymph node. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 122:455-7.