



## Prise en charge des tumeurs parotidiennes : l'expérience de notre service à propos de 158 CAS

B. Dani<sup>\*a</sup> (Dr), S. Benwadih<sup>a</sup> (Dr), M. Boulaadas<sup>a</sup> (Pr)  
<sup>a</sup> Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, Rabat, MAROC  
<sup>\*</sup> [bouchradani89@gmail.com](mailto:bouchradani89@gmail.com)

### Introduction

Les tumeurs de la parotide représentent 90 % des tumeurs salivaires. Elles sont caractérisées par des présentations cliniques et des formes histologiques très variées. L'adénome pléomorphe est le type histologique le plus fréquent. Le traitement est le plus souvent chirurgical.

Les variables analysées, au cours de ce travail, ont été le sexe, l'âge, le siège, l'examen anatomopathologique, et la conduite thérapeutique.

Nous discuterons aussi, l'intérêt du lambeau du SMAS qui est toujours utilisé chez tous nos malades ; les différentes complications et leur prise en charge.

## Matériels et méthodes

Nous rapportons une étude rétrospective descriptive portant sur 158 cas hospitalisés pour des tumeurs parotidiennes dans le service de CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE de l'hôpital des spécialités de Rabat sur une période de 10 ans allant du janvier 2010 jusqu'au janvier 2020.

Nous avons éliminé dans notre étude les tumeurs d'origines extra parotidiennes avec envahissement de la parotide et les lésions non tumorales de la parotide.

## Résultats

La moyenne d'âge des patients était de 44 ans avec un sexe ratio (H/F) de 0,82.

La présentation clinique la plus dominante c'était une tuméfaction de la région parotidienne, unilatérale avec une prédominance du côté gauche 65%. Cette tuméfaction était indolore et rarement bilatérale.

Sur le plan radiologique, 72% de nos malades ont bénéficié d'une TDM cervico-faciale et 28% d'une IRM. Une cytoponction a été réalisée chez 6% des malades et une biopsie chez 8% des malades.

Ces tumeurs étaient dominées par l'adénome pléomorphe 70% suivi du tumeur whartin 14% (figure 1).

151 des malades ont bénéficié d'un traitement chirurgical : Une parotidectomie totale dans 66.8% et une parotidectomie exofaciale 30.4% avec dissection du nerf facial antérograde et/ou rétrograde (figure2). Une parotidectomie totale avec curage ganglionnaire latéro-cervical avec ou sans sacrifice du nerf 0.6 %. Parotidectomie élargie à la peau 2 % avec Reconstruction: muscle temporal, lambeau cervical de rotation. Le lambeau du système musculo aponévrotique superficiel (SMAS) a été systématiquement réalisé pour tous nos malades (figure2).

7 patients ont été adressés en oncologie pour prise en charge dont 3 patients avaient un lymphome parotidien alors que les 4 autres patients ont été dépassés sur le plan chirurgical.

Les complications post opératoires immédiates étaient, une parésie transitoire 15 %, une paralysie définitive 4 %, une souffrance du lambeau 7 %. Les complications tardives: syndrome Frey 3 %, dépression 4 %, récurrence 2 %.

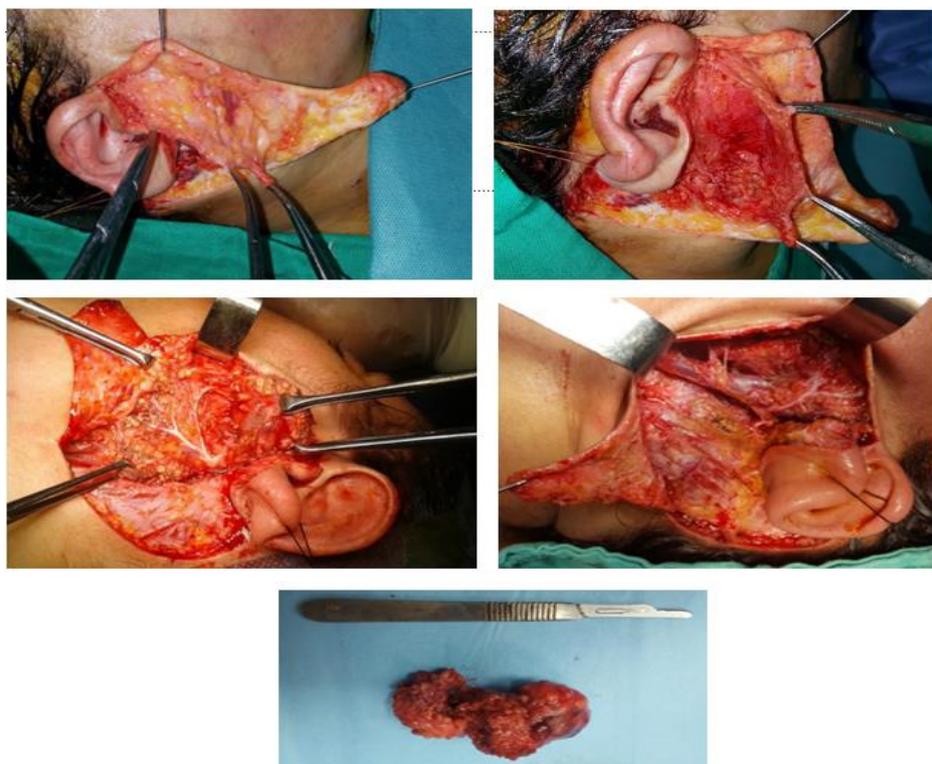


Fig.2 : incision de lifting, lever du lambeau de SMAS, parotidectomie totale avec conservation du nerf facial

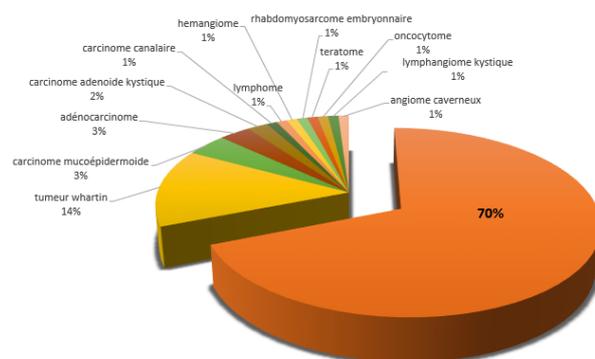


Fig.1 : REPARTITION DES TUMEURS PAROTIDIENNES SELON LE TYPE HISTOLOGIQUE

## Discussion

Les tumeurs parotidiennes sont caractérisées par une grande hétérogénéité morpho-histologique. Les formes bénignes sont les plus fréquentes dominées par l'adénome pléomorphe qui est volontiers récidivant et peut dégénérer dans moins de 5 % des cas. Les tumeurs malignes représentent 10 à 15% des tumeurs parotidiennes. L'IRM est au premier plan de la stratégie diagnostique. La cytoponction n'est pas systématique, sauf si suspicion d'une tumeur maligne, elle permet une orientation du diagnostic histologique.

Le traitement des tumeurs parotidiennes est chirurgical, par une parotidectomie exofaciale pour les adénomes pléomorphes de siège exofacial; par une parotidectomie totale pour les adénomes pléomorphes volumineux entraînant une exposition capsulaire ou situées dans le lobe profond ainsi que pour les tumeurs malignes ; et par une parotidectomie élargie avec curage pour les tumeurs malignes étendues.

La principale complication est l'atteinte du nerf facial qui est transitoire dans 16 – 63% ou définitive dans 0 – 16%. L'atteinte de ce dernier est plus élevée pour les tumeurs malignes que pour l'adénome pléomorphe et s'accroît encore en cas de réintervention pour récurrence.

La paralysie du nerf facial, le syndrome de Frey ainsi que la modification du contour du visage, toutes ces complications diminuent considérablement lors de l'utilisation du lambeau du SMAS. Ce dernier devrait devenir une étape indispensable lors d'une parotidectomie.

La radiothérapie est indiquée en adjuvant pour les tumeurs malignes dont le taux de récurrence locorégional en cas de chirurgie seule est de 30-40 %. Toutes les études confirment l'amélioration du pronostic en cas d'association chirurgie-radiothérapie.

Le traitement palliatif est indiqué pour les grandes tumeurs malignes avec extension au lobe profond voir extra-glandulaire, avec une paralysie faciale et/ou adénopathies tumorales.

## Conclusion :

Les tumeurs parotidiennes sont dominées par les formes bénignes. Le diagnostic de certitude est histologique. Le traitement est chirurgical et conditionner par les données anatomopathologiques.

Déclaration de liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.