

UNIVERSITE SALAH BOUBENIDER CONSTANTINE 3
Faculté de Médecine
Département de médecine dentaire
Service de pathologie et chirurgie buccales

Cours de Pathologie à l'usage des étudiants de 4^{ème} année

Médecine Dentaire

2021 – 2022

LES TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES

Pr. F. BOUADAM

LES TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES

Plan

- 1 - Introduction
- 2 - Epidémiologie
- 3 - Classification Histologique (OMS 2017)
- 4 - Etude Anatomo-Pathologique
 - 4 - 1 - Tumeurs de la Parotide
 - 4 - 1 - 1 - Les Tumeurs Epithéliales Bénignes
 - 4 - 1 - 1- 1- Adénome Pléomorphe
 - * Clinique
 - * Examens paraclinique
 - * Le diagnostic
 - * L'évolution
 - 4 -1- 1- 2 - Adénomes monomorphes
 - 4 - 1- 2 - Les Tumeurs Épithéliales Malignes
 - 4 - 1- 2 - 1 - Le Cylindrome
 - 4 - 1 - 2 - 2 - Les Carcinomes
 - 4 - 1 -2- Les Tumeurs Non Epithéliales
 - 4 -1- 2-1 - Les Tumeurs Bénignes
 - 4 -1- 2- 2 - Les Tumeurs Malignes
 - 4 - 1- 3 - Traitement Des Tumeurs Parotidiennes
 - 4 - 2 Les Tumeurs de la Submandibulaire
 - 4 - 3 - Tumeurs de la sublinguale
 - 4 - 4 - TUMEURS des Glandes ACCESSOIRES
 - 4- 4 - 1- Tumeurs Bénignes
 - 4 - 4 -2 - Les Tumeurs Malignes
- 5 - CONCLUSION
- 6 – BIBLIOGRAPHIE

1 – Introduction

Toutes les glandes salivaires peuvent être touchées par des Tumeurs bénignes ou Malignes.

Les tumeurs des glandes salivaires sont dominées par la grande diversité des formes anatomopathologiques et la complexité thérapeutique, souvent chirurgicale.

Elles constituent 5 à 8% des tumeurs de la face.

Elles surviennent chez l'adulte dans plus de 95% .

Les formes de l'enfant sont rares, dominées par les tumeurs vasculaires.

2 - EPIDEMIOLOGIE

Dans plus de 95% ces Tumeurs sont Epithéliales. Les $\frac{3}{4}$ des Tumeurs des glandes principales sont bénignes. 85% parotidiennes, 5 à 10% submandibulaires et 10% des glandes accessoires

Les 60% des Tumeurs des glandes accessoires sont malignes.

Chez l'enfant les Tumeurs les plus fréquentes sont, l'hémangiome et le rhabdomyosarcome

3 – CLASSIFICATION HISTOLOGIQUE (OMS 2017)

Tumeurs bénignes

Tumeurs malignes

Adénome pléomorphe myoépithéliome Adénome à cellules basales Tumeurs de warthin Oncocytome Lymphadénome Cystadénome Sialadénome papilleferum Papillome canalaire Adénome sébacées Adénome canaliculaire	Carcinome à cellules acineuses Carcinome sécrétoire Carcinome muco-épidermoïde Carcinome adénoïde-kystique Adéno-carcinome polymorphe Carcinome épithéliale- myoépithéliale Carcinome à cellules claires Adéno-carcinome à cellules basales Adéno-carcinome sébacé	Carcinome intracanaire Cystadénocarcinome Adénocarcinome Carcinome myoépithélial Carcinome sur Adénome pléomorphe Carcinosarcome Carcinome peu différencié Carcinome lympho-épithélial Carcinome à cellules squameuses Carcinome oncocytique
---	--	---

Autres lésions épithéliales

Adénomatoses polykystiques sclérosantes
Hyperplasie oncocytaire nodulaire
Sialadénites lymphoépithéliales
Hyperplasie des canaux intercalés

Lésions des tissus mous

Hémangiome
Lipome/sialolipome
Fasciite nodulaire

Tumeurs hématolymphoïdes

4 - ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

4 -1 - TUMEURS DE LA PAROTIDE

Représentent plus de 80 % des tumeurs des glandes salivaires, sont dominées par l'adénome pléomorphe 50 % ; 7% pour le cystadénolymphome, les autres tumeurs sont rares.

La parotide n'est pas palpable à l'état normal, Toute tuméfaction parotidienne est pathologique.

4- 1-1- Les Tumeurs Épithéliales Bénignes

4 -1 - 1- 1 Adénome Pléomorphe

Clinique : Tumeur épithéliale, à développement lent. Survient chez la femme à 40- 50 ans, de découverte fortuite. C'est une tuméfaction isolée de la région parotidienne apparue depuis plusieurs mois ou années, de siège au lobe lobe superficiel de la glande. La découverte, souvent fortuite, sous forme d'un nodule sous cutané, pré ou infra-auriculaire, pouvant soulever le lobule de l'oreille (figures 1- 2). Il n'existe pas de paralysie faciale ou d'adénopathies satellites.

Examens Paraclinique

* **Panoramique** : Examen utile pour éliminer une pathologie d'origine dentaire.

* **Echographie** (figure 3)

Une lacune intra-parenchymateuse hypoéchogène, peu homogène mais bien limitée.

* **Sialographie** (figure 4)

Image lacunaire arrondie, bien limitée, dans un parenchyme parotidien normal, entourée de canaux

refoulés par la tumeur pour donner l'image de corbeillage canalaire « image de balle dans la main ».

* **TDM** : Avec produit de contraste par voie veineuse.

Elle objective une image lacunaire unique, intra-glandulaire bien limitée et un refoulement du système canalaire et glandulaire (image de corbeillage).

* **IRM** :

Non irradiante, non invasive, de résolution supérieure à celle de la TDM. Elle permet de mettre en évidence des tumeurs de petite taille.

Elle est actuellement, est considérée comme l'examen de référence permettant une délimitation précise de la situation de la tumeur, de localiser le nerf facial par rapport à la tumeur. Elle montre une masse homogène, bien circonscrite, hyposignal T1 et Hypersignal en T2, polylobée et unifocale.

* **Ponction** :

Proscrite à chaque fois que le diagnostic d'un kyste, de suppuration ou d'adénopathie hématologique est incertain. La biopsie à l'aveugle doit être proscrite car dangereuse pour le facial et expose au risque de dissémination tumorale et à la fistule salivaire.

* **Anatomie pathologique**:

Macroscopiquement une tumeur nodulaire, bien circonscrite, encapsulée, de consistance ferme ou molle. Sur le plan histologique elle est constituée de cellules épithéliales et myoépithéliales formant des plages à limites imprécises. Un stroma d'abondance variable avec présence de plages myxoïde et /ou chondroïde.

Le diagnostic

* **Le diagnostic différentiel**

Les Tumeurs parotidiennes doivent être distinguées d'autres pathologies et tumeurs de la loge ou hors de la loge parotidienne.

A savoir une tumeur d'un lobule pré masséterin, un kyste salivaire, les lésions inflammatoires de la parotide, les adénopathies parotidiennes tumorales ou inflammatoires, tumeurs vasculaires et nerveuses, un lipome, un kyste sébacé.

* **Le Diagnostic positif** est établi par l'anatomie pathologique.

L'évolution : est lente avec absence de troubles sensitif, moteur et d'adénopathies. Ces tumeurs peuvent récidiver localement sous forme de multiples nodules. La cancérisation est rare.

Des variantes cliniques peuvent se rencontrer : Les adénomes volumineux (figure 5), les adénomes pléomorphes à développement interne, les Adénomes pléomorphes à récives multiples.

Des adénomes pléomorphes à transformation maligne, non traités ils évoluent vers une transformation maligne, le risque augmente avec la durée de l'évolution .



Figure 1

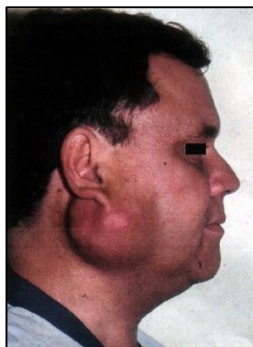


Figure 2

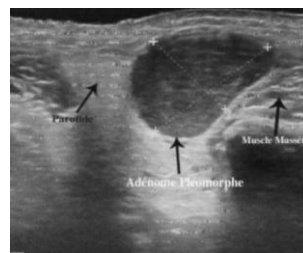


Figure 3

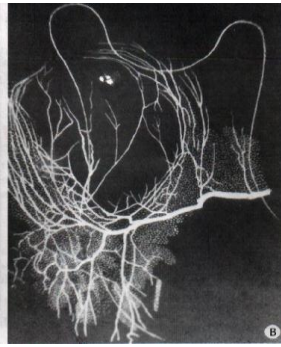


Figure 4

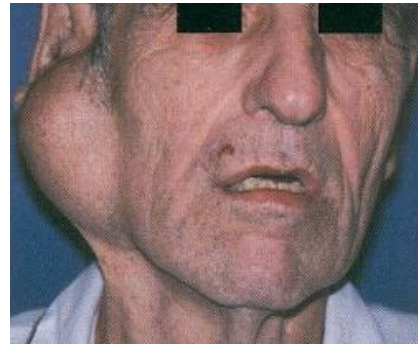


Figure 5

4 - 1 - 1 - 2 - Adénomes monomorphes

Se présentent sous divers types histologiques: les myoépithéliomes, adénome oncocytaire, adénome à cellules basales, adénolymphome ou cystadénolymphome ou tumeur de Whartin .

Leur diagnostic est anatomopathologique.

* **Les Myoépithéliomes** formés uniquement de cellules myoépithéliales.

* **Les Oncocytomes** rares, constitués de cellules oncocytaires .

* **Les adénomes à cellules basales et sébacées**, plus rares, sont souvent difficiles à distinguer des adénomes pléomorphes.

* **Le cystadénolymphome ou Tumeur de whartin** : Représente 6 à 13% des Tumeurs salivaires.

Fréquente chez l'adulte et l'enfant, siège à la partie postéro-inférieure de la parotide (figure 6).

Elle présente une double composante cellulaire (oncocytaire et lymphoïde).

Son évolution est semblable à l'adénome pléomorphe, ne présente pas d'adénopathies et de Paralysie faciale. Les localisations extra-parotidiennes et les transformations malignes sont exceptionnelles.

Bien limitée à l'échographie (figure 7). La sialographie montre une lacune arrondie (figure 8).

Seul le cystadénolymphome présente une hyperfixation du technitium à la scintigraphie.

Le diagnostic est basé sur l'examen histologique.

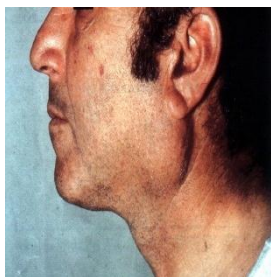


figure 6

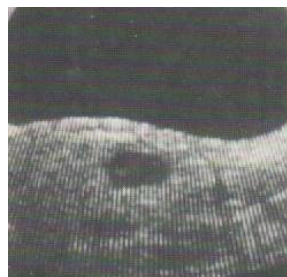


figure 7

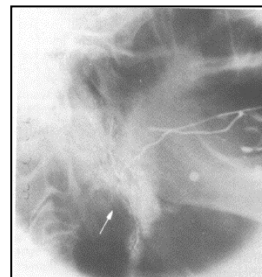


figure 8

4 - 1 - 2 - LES TUMEURS ÉPITHÉLIALES MALIGNES

4- 1- 2 - 1 - le Cylindrome ou carcinome adénoïde kystique

Représente 50% des Tumeurs des glandes accessoires, et 2 à 6% des tumeurs parotidiennes. plus fréquent à la submandibulaire (15 à 17%).

Il s'agit d'un nodule ferme, unique mobile, souvent douloureux, ce qui traduit l'agressivité et l'infiltration de la tumeur. Les adénopathies sont rares,

Est une tumeur d'évolution lente, adhérente aux tissus superficiels et profonds.

* **Histologie:**

Le carcinome adénoïde kystique est constitué de 2 types cellulaires (canalaire et myoépithéliales).

* **L'extension** se fait selon 3 modalités:

- Envahissement des structures osseuses, par colonisation des espaces médullaires
- Diffusion péri nerveuse (douleur, atteinte du facial),
- Métastases pulmonaires tardives.

4- 1- 2 - 2 - Les Carcinomes

Représente 3°/° des tumeurs de la parotide ; Il peut s'agir d'Adénocarcinome plus ou moins différencié, d'un carcinome indifférencié, Carcinome muco-épidermoïde

* **Le carcinome muco-épidermoïde** :

Est constitué de deux types de cellules, épidermoïdes et muco-sécrétantes.

Il est fréquent, représente 29 % des tumeurs malignes salivaires. Il atteint les glandes salivaires principales, surtout la parotide, mais aussi les glandes accessoires, en particulier celles du palais. Elle se révèle par une masse intra parotidienne dure et douloureuse parfois associée à une paralysie faciale.

* **Aspects cliniques des Tumeurs Malignes Parotidiennes**

Fréquentes chez l'homme à 60 ans, peuvent survenir sur un adénome préexistant. Parfois la tumeur est d'apparence bénigne. Plus fréquemment irrégulière, dure, diffuse, fixée aux éléments de voisinage et à la peau. Sont des tumeurs de croissance rapide douloureuses, ulcérées, associées à une paralysie faciale. Les adénopathies sont fréquentes. Le diagnostic est basé sur les examens complémentaires.

- **La sialographie** :

Pour les tumeurs à bas grade de malignité : lacune refoulant les canaux.

Les Tumeurs à haut grade de malignité : - Arbre canalaire détruit - Opacification parenchymateuse très inhomogène - Images d'interruption des canaux avec extravasation du produit de contraste

La TDM : A bas grade: nodule assez bien limité

A haut grade: l'image devient irrégulière avec extension dans les tissus voisins

L'IRM : image en hyposignal en T1 et T2

Le diagnostic positif est basé sur l'histologie, elle montre une triple composante cellulaire, cellules épidermoïdes, cellules muqueuses sécrétantes et des cellules intermédiaires à cytoplasme claire.

4 - 1- 2- Les Tumeurs Non Epithéliales

Elles sont souvent bénignes et de localisation parotidienne

4 - 1- 2- 1 Tumeurs Bénignes

* **les tumeurs vasculaires** : Hémangiome -lymphangiome

Fréquentes, 1 à 4 % des Tumeurs des glandes salivaires, elles s'observent chez le jeune enfant.

Il s'agit le plus souvent d'hémangiome capillaire ou caverneux. La tuméfaction est diffuse, molle, augmente de volume en position déclive de la tête.

L'évolution lente, les cavités sanguines peuvent se calcifier secondairement et donner des phlébolites.

Examens complémentaires :

L'échographie objective soit des lésions kystiques pures soit vasculaires et kystiques.

L'écho doppler indispensable met en évidence une hyper vascularisation intra tumorale.

La radio sans préparation peut parfois révéler les phlébolites.

La sialographie : objective une lacune irrégulière dans le parenchyme, déplacement de la glande refoulée par la masse.

* **Les tumeurs nerveuses** :

- Les Neurinomes : Tumeurs nerveuses, développées au dépens du Facial. Tumeurs arrondies, bien limitées, n'entraînent qu'exceptionnellement une paralysie faciale.

Ils sont souvent l'expression intra parotidienne de la Neurofibromatose de Recklinghausen .

* **Les tumeurs conjonctives**

- Les Lipomes : les Tumeurs intra parotidiennes sont exceptionnelles. A les différencier d'une infiltration adipeuse de la glande.

4 -1- 2-2 - Les Tumeurs Malignes

- * Les Lymphomes malins : Hodgkiniens ou non, intéressent primitivement ou secondairement le tissu lymphoïde de la glande.
- * Les Sarcomes : Les fibrosarcomes ou myosarcome sont rares au niveau de la parotide. Le Rabdomyosarcome embryonnaire de l'enfant est le plus fréquent.

4 - 3 - TRAITEMENT DES TUMEURS PAROTIDIENNES

* **Traitement des Tumeurs bénignes**

Parotidectomie partielle dans les situations suivantes :

- un nodule unique
- quand l'examen anatomopathologique est négatif du pôle profond de la glande
- devant des séquelles post-opératoires moins importantes

* **Traitement des Tumeurs malignes**

- Traitement chirurgical : **Parotidectomie** totale plus évidemment ganglionnaire
- Radiothérapie (selon la radio sensibilité de la tumeur)
- Chimiothérapie : indiquée pour les cancers chimio-sensibles et utilisée comme adjuvant thérapeutique pour les métastases

4 - 2 - Les Tumeurs de la glande Submandibulaire

Elles sont moins fréquentes que celles de la parotide (8 à 10%) et représentent 5 à 10% des tumeurs des glandes accessoires. Les tumeurs malignes sont plus importantes (plus de 50%), les plus fréquente sont les adénomes pléomorphes ,carcinomes adénoïdes kystiques et carcinomes muco-épidermoïdes. Elles ont une prédominance féminine et chez les sujets âgés. De siège au dessous et en dedans de la moitié postérieure de la branche horizontale (figure 10).

La tumeur bénigne est régulière, bien limitée, indolore, mobile par rapport aux plans cutané que profond. L'absence d'adénopathies ou de métastases viscérales. L'Adénome pléomorphe est plus ou moins retrouvé.

Les tumeurs malignes sont irrégulières, douloureuses, d'extension rapide. Sont souvent le carcinome adénoïde kystique, le carcinome muco-épidermoïde, le carcinome sur adénome pléomorphe.

Le diagnostic ne peut être qu'évoqué, il sera confirmé par l'examen anatomopathologique.

Les examens sont superposables aux Tumeurs de la parotide.

La sialographie montre une image lacunaire avec refoulement des canaux sans altération du parenchyme (tumeur bénigne) (figure 11). Une image d'amputation et altération du parenchyme pour une tumeur maligne (figure 12).

La TDM ou l'IRM (figure 13) sont fortement recommandées dans la pathologie tumorale.

Le scanner met en évidence les affections tumorales et non tumorales des glandes principales.

En cas de tumeur volumineuse, mal limitée ou occupant les espaces profonds de la face, une IRM complémentaire s'impose.

Diagnostic différentiel : Devant une affection de la loge sous-maxillaire Il faut penser à :

- * une sialadénite lithiasique ou non,
- * Sialoses, lithiases surinfectées
- * Adénopathies (chronique ou métastatique , cancers de la cavité buccale)
- * Les kystes congénitaux du cou, kyste dermoïde, kyste amygdaloïde
- * Les tumeurs sous-cutanées, les tumeurs osseuses,
- * Un adénome pléomorphe, un cylindrome (plus fréquent que l'adénome)
- * Adénopathie accolée à la glande
- * Un lipome ou un angiome

Le diagnostic positif n'est confirmé que par l'examen anatomo-pathologique.

Traitement : Toute tumeur relève d'une submandibulectomie totale en cas de Tumeurs bénignes, Tumeur maligne une submandibulectomie plus un évidement ganglionnaire avec examen histologique extemporané.

Les dangers nerveux sont représentés: par le rameau marginal du nerf facial, le nerf lingual et plus en profondeur et par le nerf hypoglosse (XII).



figure 10



figure 11

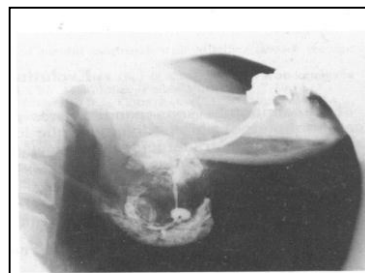


figure 12

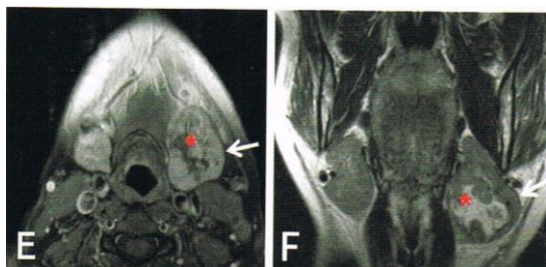


figure 13 : IRM de la submandibulaire

4 - 3- Tumeurs de la sublinguale

Très rares, de 0,5% à 1% des Tumeurs épithéliales des Glandes Salivaires , entre 80 et 90% des Tumeurs sublinguales sont malignes. La plus fréquente est le carcinome adénoïde kystique. La tumeur apparait sous forme d'une tuméfaction du plancher antérieur .

4 - 4 - TUMEURS des Glandes ACCESSOIRES

1- Tumeurs Bénignes : Se présentent par un nodule ferme ou dur, circonscrit, d'évolution lente, indolore, mobile. L'absence de signes d'accompagnement.

- * Kystes Mucoïdes => Pseudokystes

* L'Adénome pléomorphe : C'est la tumeur bénigne la plus fréquente des glandes accessoires. (à localisation palatine figure 14). Elle a les mêmes caractéristiques que dans les autres localisations. C'est une tumeur ferme, indolore, le diagnostic est délicat.

Les formes topographiques

Les formes labiale, jugale, pelvi buccale, rétro molaire mandibulaire et linguale (figure 15).

2 - Les Tumeurs Malignes

Les cylindromes représentent 50 % des tumeurs des glandes accessoires, à prédominance palatine (figure 16).



figure 14 adénome pléomorphe



figure 15 tumeur jugale



figure 16 cylindrome au palais

5 - CONCLUSION

Toute Tuméfaction parotidienne bilatérale exclut une étiologie tumorale. Aucun élément clinique n'est pathognomonique d'un diagnostic.

Une tumeur d'apparence bénigne peut voiler un carcinome;

Toute paralysie faciale doit faire évoquer une tumeur maligne;

Toute tumeur dépistée doit être confiée sans tarder au chirurgien spécialiste .

6 - BIBLIOGRAPHIE

- 1- Auriol M., Y. Le Charpentier. Pathologies non tumorales des glandes salivaires EMC Stomatologie 22-057-B-10, Elsevier SAS, 2001 .
- 2 - CCMFCO Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie 4è édition Elsevier Masson 2017
- 3 - Françoise Heran – Philippe Katz, Imagerie des glandes salivaires – Sauramps Médical 2011
- 4 - H. Spirglas, A. Guedj, M. Auriol, Y. Le Charpentier. Pathologie des Glandes salivaires EMC Stomatologie 22-057-A-10 Elsevier SAS, 2001.
- 5 - F. Guilbert. É. Maladière Tumeurs des glandes salivaires ..EMC 22-057-C-10. 2000
- 6 - J.M. Vaillant, P Laudenbach ; Pathologie des glandes salivaires Médecine Sciences Flammarion, 1988.