

**ADENOME A CELLULES BASALES DE TYPE MEMBRANEUX DE LA PAROTIDE**

Faten Farah-Klibi\*, Malek Ferchiou\*, Jihène Kourda\*, Olfa El Amine\*, Mohamed Ferjaoui\*\*, Sarrah Ben Jilani\*, Rachida Zermani\*.

\* Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie.

\*\* Service d'ORL, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie.

F. Farah-Klibi, M. Ferchiou, J. Kourda, O. El Amine, M. Ferjaoui, S. Ben Jilani, R. Zermani.

F. Farah-Klibi, M. Ferchiou, J. Kourda, O. El Amine, M. Ferjaoui, S. Ben Jilani, R. Zermani.

ADENOME A CELLULES BASALES DE TYPE MEMBRANEUX DE LA PAROTIDE

PAROTID BASAL CELL ADENOMA OF MEMBRANOUS TYPE

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°02) : 149 - 151

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°02) : 149 - 151

**R É S U M É**

**Pré-requis:** L'adénome à cellules basales (ACB) est une tumeur rare caractérisée par une prolifération de cellules basaloïdes et l'absence de stroma myxochondroïde caractéristique de l'adénome pléomorphe.

**But:** Nous rapportons un cas d'adénome à cellules basales, de type membraneux, cliniquement suspect de malignité car accompagné d'adénopathies médiastinales et des nodules pulmonaires qui se sont révélés être d'origine sarcoïdosiq.

**Observation:** Notre patiente, âgée de 80 ans, consultait pour une tuméfaction parotidienne droite de consistance ferme, indolore et mobile, évoluant depuis deux ans. Une radiographie du thorax pratiquée en pré-opératoire retrouvait des masses médiastinales évoquant des adénopathies. Le scanner thoracique confirmait l'existence d'adénopathies médiastinales et latéro-trachéales accompagnés de micronodules pulmonaires. Ceci évoquait, vu le contexte, des métastases d'une tumeur parotidienne maligne. Enfin, l'examen histologique de la tumeur et des adénopathies régionales concluait à un adénome à cellules basales de type membraneux associé à des granulomes sarcoïdosiq au niveau du parenchyme parotidien non tumoral et des ganglions.

**Conclusion:** L'ACB est une tumeur bénigne rare des glandes salivaires atteignant souvent la parotide. Il est à différencier de l'adénocarcinome à cellules basales par plusieurs critères histologiques surtout lorsque la présentation clinique est aussi ambiguë que dans le cas rapporté.

**S U M M A R Y**

**Introduction:** Basal cell adenoma (BCA) is a rare benign neoplasm characterized by the basaloïd appearance of the tumour cells and the lack of myxochondroid stromal component present in pleomorphic adenoma.

**Aim:** We report a case of basal cell adenoma of membranous type, highly suspected of malignancy because of the presence of mediastinal lymph nodes and pulmonary nodules which finally were related to an associated sarcoidosis.

**Observation:** Our patient was an 80-year-old woman who presented a swelling of the right parotid two years ago. The clinical examination revealed a solid, indolent and mobile mass. A chest radiography noted mediastinal lymph nodes. The CT-scann confirmed the presence of mediastinal and tracheal lymph nodes with pulmonary nodules. So the diagnosis of metastatic malignant salivary gland tumor was suspected. Finally, the histological examination concluded to a basal cell adenoma of membranous type with sarcoidosis granulomas in the parotid and in the lymph nodes.

**Conclusion:** The BCA is a benign tumor located generally in the parotid gland. When the malignancy is suspected, like in our case, this tumor must be differentiated from the basal cell adenocarcinoma using histological criteria.

**M O T S - C L É S**

Adénome à cellules basales, type membraneux, sarcoïdose, diagnostic différentiel.

**KEY - WORDS**

Basal cell adenoma, membranous type, sarcoidosis, differential diagnosis.

**الغدوم ذي الخلايا القاعدية من النمط الغشائي في الغدة النكفية**

الباحثون : فرح قليبي . ف - فرشيو . م - كوردا . ج - المين . و - فرجاوي . م - بن جيلاني . س - زرماني . ر

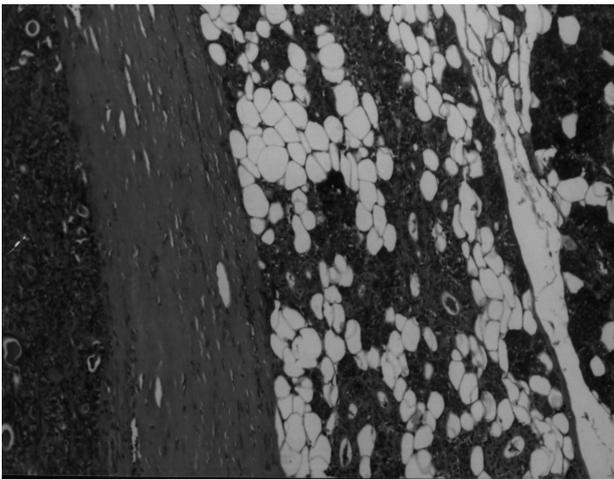
الغدوم ذي الخلايا القاعدية هو ورم نادر وتشتمل دراستنا على حالة من النمط الغشائي لدى امرأة عمرها 80 سنة كانت تشكو من تورم من الجهة اليمنى في الغدة النكفية متزامن مع كتلات منصفية وكتلات رئوية صغيرة . كل هذه العلامات كانت توحي بأننا أمام ورم خبيث لكن التشريح المرضي أثبت أن الورم هو غدوم ذي الخلايا القاعدية من النمط الغشائي وأن الكتلات المنصفية كانت تضخما للغدد اللمفية والكتلات الرئوية كانت غرناوية . نستنتج أن الغدوم ذي الخلايا القاعدية هو ورم حميد نادر ويجب تفريقه عن السرطان ذي الخلايا القاعدية الكلمات الأساسية : غدوم ذي الخلايا القاعدية - نمط غشائي غرناوية - تشخيص تفريقي .

L'adénome à cellules basales (ACB) est une tumeur bénigne rare des glandes salivaires. Cette prolifération tumorale est caractérisée par son aspect basaloïde d'une part et par l'absence de stroma myxochondroïde caractéristique de l'adénome pléomorphe d'autre part. Nous rapportons un cas d'ACB de type membraneux associé à de multiples adénopathies médiastinales, d'origine sarcoïdique, ayant posé un réel problème de diagnostic différentiel avec une tumeur salivaire maligne.

## OBSERVATION

Patiente âgée de 80 ans, aux antécédents de diabète et d'hypertension artérielle, consultait en ORL pour une tuméfaction parotidienne droite. Cette tuméfaction augmentait progressivement de volume depuis deux ans. A la palpation, la masse était ferme, indolore et mobile par rapport aux plans profond et superficiel. L'examen échographique retrouvait une masse bien limitée de 3,8x2,7cm complètement nécrosée en son centre. Devant cet aspect, une IRM a été pratiquée retrouvant une masse de 3x2,5x2,5cm montrant un hypersignal en T1 et en T2. Cette masse était bien limitée et se rehaussait discrètement après injection de Gadolinium. Ces aspects évoquaient un cystadénolymphome. Dans le bilan pré-opératoire, la radiographie du thorax montrait des opacités ovalaires médiastinales évocatrices d'adénopathies. Un complément scannographique était alors réalisé retrouvant de multiples adénopathies latéro-trachéales et médiastinales accompagnées de micronodules parenchymateux évoquant, vu le contexte, soit une métastase de la tumeur parotidienne soit une sarcoïdose. Par ailleurs, une cytoponction parotidienne échoguidée était faite et ne retrouvait pas de cellules malignes. On décidait alors de réaliser une exérèse chirurgicale avec examen extemporané. Celui-ci concluait à un ACB; mais une totalisation de la parotide fut tout de même complétée devant la forte suspicion de malignité. Par ailleurs, un magma ganglionnaire suspect fut également réalisé. Nous avons alors reçu au laboratoire une pièce de parotidectomie mesurant 6x5x3cm présentant une

**Figure 1 :** Prolifération tumorale parotidienne limitée par une épaisse bande fibreuse (HEx100).



tumeur kystisée de 3,5cm de diamètre siège de multiples végétations endokystiques. Histologiquement, on retrouvait une prolifération tumorale limitée par une épaisse bande fibreuse (Figure 1). Elle était constituée de cellules basaloïdes à cytoplasme éosinophile, à contours flous et au noyau rond sans atypies ni mitoses. Ces cellules étaient disposées en amas solides ou en travées séparées par d'épaisses bandes hyalines (Figure 2). Il n'existait ni effraction capsulaire, ni engainement périnerveux et ni embolies vasculaires. L'étude histologique du reste du parenchyme parotidien (Figure 3) ainsi que des ganglions (Figure 4) adressés retrouvait de petits granulomes tuberculoïdes et géantocellulaires en «pièces de monnaie» sans nécrose caséuse. On concluait ainsi à un adénome à cellules basales de type membraneux associé à une sarcoïdose avec localisation parotidienne.

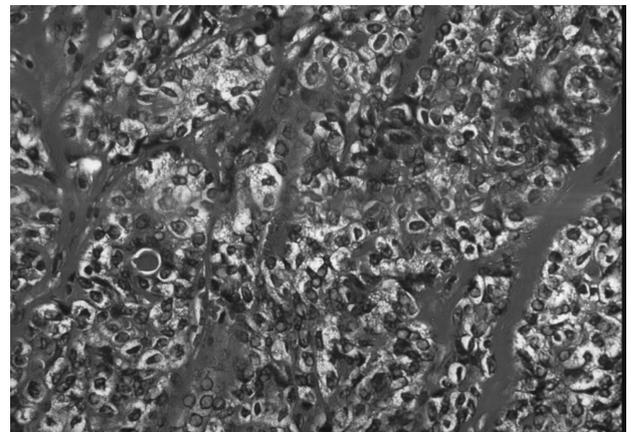
## DISCUSSION

Les ACBs sont rares représentant seulement 1 à 3% des tumeurs des glandes salivaires. Ils sont typiquement retrouvés chez les adultes à la 7ème décade avec un sex ratio de 2/1 en faveur du sexe féminin. Cependant, pour le type membraneux, le sexe ratio est de 1/1 [1]. Par ailleurs, Daley a rapporté des cas observés chez des nouveau-nés, dans une étude portant sur 112 tumeurs des glandes salivaires [2].

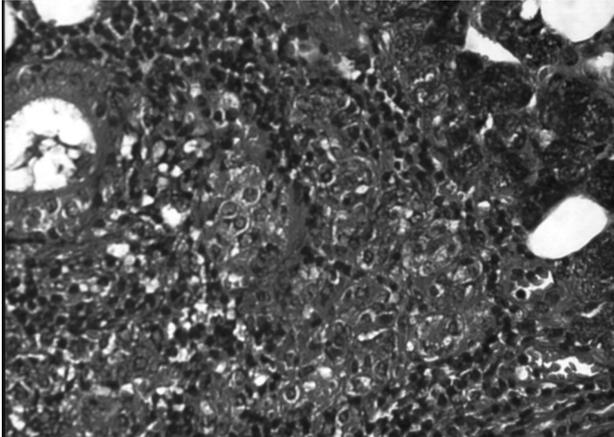
La majorité de ces tumeurs atteignent la parotide (75%), suivie par la glande submandibulaire (5%). Elles sont extrêmement rares au niveau des glandes salivaires accessoires.

Cliniquement, la plupart de ces tumeurs sont représentées par des nodules solitaires, mobiles et bien limités. Ces nodules sont généralement fermes mais peuvent, comme dans notre cas, être kystiques [1]. Le type membraneux peut être multiple et peut s'associer à des cylindromes cutanés ou à des trichoépithéliomes [1, 3]. Macroscopiquement, ces tumeurs sont petites, encapsulées mesurant entre 1 et 3cm. Le type membraneux peut, par contre, être multinodulaire et multifocal. A la coupe, elles sont solides et homogènes ou encore kystiques, de couleur blanc-grisâtre ou brune [1].

**Figure 2 :** Cellules basaloïdes à cytoplasme éosinophile, à contours flous et au noyau rond sans atypies ni mitoses disposées en amas solides ou en travées séparées par d'épaisses bandes hyalines (HEx400).



**Figure 3 :** Granulome tuberculoïde et gigantocellulaire au sein du reste du parenchyme parotidien (HEX250).



Histologiquement, les ACB sont composés de cellules basaloïdes à cytoplasme éosinophile et aux limites floues. Leur noyau est rond ou ovale. Ces cellules réalisent une architecture solide, trabéculaire, tubulaire ou membraneuse. Le type solide est composé de massifs et d'îlots de forme et de taille variable entourés par des cellules cubiques ou cylindriques de disposition palissadique. Le type trabéculaire est caractérisé par des travées et des cordons de cellules basaloïdes séparées par un stroma cellulaire et vasculaire. Le type tubulaire présente essentiellement des structures canaliculaires. Le type membraneux (tel que le cas rapporté) est constitué d'épaisses bandes hyalines séparant les cellules basaloïdes. Ces différents types peuvent s'associer et peuvent subir des remaniements kystiques, une différenciation malpighienne ou encore oncocytaire.

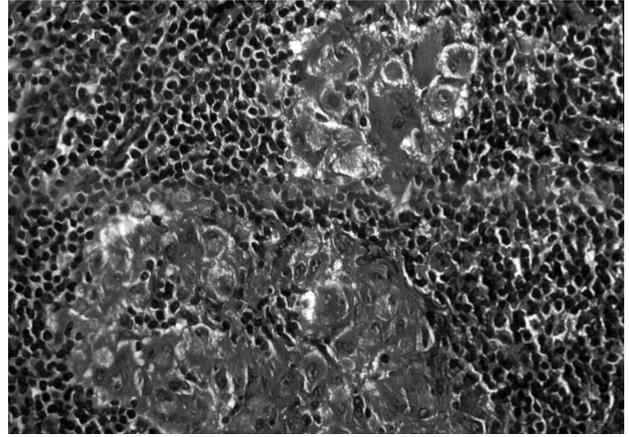
La positivité des cellules tumorales à la cytokeratine, aux marqueurs musculaires lisses, à la vimentine et à la p63 indique une origine canalaire et myoépithéliale. Certains cas d'ACB ont présenté des aberrations chromosomiques à type de trisomie 8 ou de translocation (7; 13) [1].

Il existe deux délicats problèmes de diagnostic différentiel: l'adénocarcinome à cellules basales et l'adénome canaliculaire. Histologiquement, L'adénocarcinome à cellules basales peut être distingué de l'ACB par une composante invasive périphérique, des embolies vasculaires, un engainement périnerveux, un nombre plus important de mitoses et de la

## RÉFÉRENCES

1. DE ARAUJO VC. Basal cell adenoma. In; BARNES L, EVERSON JW, REICHAERT P, SIDRANSKY D eds. World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and genetics of Head and Neck Tumours. Lyon: IARC Press, 2005: 261-2.
2. Daley TD, Gardner DG, Smuot MS. Canalicular adenoma: not a basal cell adenoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1984; 57: 181-7.
3. Yu GY, Ubmuller J, Donath K. Membranous basal cell adenoma of the salivary gland: a clinicopathologic study of 12 cases. Acta Otolaryngol 1998; 118: 588-93.
4. Nagao T, Sugano I, Ishida Y, et al. Basal Cell Adenocarcinoma of the Salivary Glands. Comparison with Basal Cell Adenoma through Assessment of Cell Proliferation, Apoptosis, and Expression of p53

**Figure 4 :** Petits granulomes tuberculoïdes et gigantocellulaires sans nécrose caséuse des ganglions (HEX250).



nécrose tumorale. Cependant, comme il existe peu de pléomorphisme cellulaire dans l'adénocarcinome à cellules basales, le diagnostic différentiel est ardu sur simple biopsie. Les marqueurs immunohistochimiques ne sont d'aucune aide dans le diagnostic différentiel [4].

Les adénomes canaliculaires atteignent des malades plus âgés et se localisent surtout au niveau de la lèvre supérieure. Alors que les adénomes à cellules basales sont par contre décrits chez des sujets plus jeunes et atteignent surtout la parotide. Actuellement, selon les données d'une étude récente, la p63, qui est un marqueur immunohistochimique sélectif pour les cellules basales et les cellules myoépithéliales, serait négative dans les adénomes canaliculaires et positive dans les adénomes à cellules basales. Ce marqueur serait donc d'une aide considérable [5-8].

L'ACB est habituellement une tumeur non récidivante, à l'exception du type membraneux qui récidive dans 25% des cas. La transformation maligne est exceptionnelle [1].

## CONCLUSION

L'adénome à cellules basales sous sa forme membraneuse est une entité rare à connaître. La présentation de cette tumeur, chez notre patiente, dans un contexte de polyadénopathies et de lésions parenchymateuses pulmonaires, peut faire poser à tort un diagnostic de malignité.

- and bcl-2. Cancer 1998; 82: 439-47
5. Querioz LMG, Da Silveira EJD, Arruda MLS, Ramos CCF. A rare salivary gland neoplasm: multiple canalicular adenoma. A case report. Auris Nasus Larynx 2004; 31: 189-93.
6. Gardner DG, Daley TD. The use of the terms monomorphic adenoma, basal cell adenoma, and canalicular cell adenoma as applied to salivary gland tumors. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1983; 56:608-15.
7. Seifert G, Sobin LH. Histological classification of salivary gland tumours. Berlin: Springer Verlag, 1991.
8. Sousa SOM, Araujo NS, Correa L, Soubhia AMP, Araujo VC. Immunohistochemical aspects of basal cell adenoma and canalicular adenoma of salivary glands. Oral Oncol 2001;37:365-8.