

Conclusion

Le lymphome T/NK nasal est réputé de mauvais pronostic avec une survie moyenne de 6 à 25 mois. Toutefois au stade localisé, le lymphome T/NK nasal est radiosensible et le pronostic est meilleur. Dans notre série, le taux de survie à 38 mois était de 37%. Aux stades plus avancés, une chimiothérapie concomitante et/ou exclusive est indiquée. La survenue d'un syndrome d'activation macrophagique grève le pronostic.

Références

1. J. Lee, W S Kim, Y H Park et al. Nasal-type NK/T cell lymphoma: clinical features and treatment outcome. Br J Cancer. 2005; 92: 1226-30.

Haïfa Nfoussi¹, Ines Chelly¹, Salima Kharrafi², Samia Sahout², Slim Haouet¹, Nidhameddine Kchir¹, M Moncef Zitouna¹

¹Service d'Anatomie Pathologique.

²Service d'Oto-Rhino-Laryngologie. Hôpital La Rabta, '007 Bab Saadoun. Tunis. Faculté de Médecine. Tunis. Université Tunis El Manar

Les tumeurs malignes de la parotide

Les tumeurs malignes des glandes salivaires constituent une entité relativement rare. La majorité de ces tumeurs touchent la parotide (1). Elles suscitent un grand intérêt de par la variété de leur expression clinique et de leurs caractéristiques histologiques et évolutives qui sont à l'origine de difficultés diagnostiques et des controverses quant à leur prise en charge thérapeutique.

Nous rapportons une série de tumeurs malignes des glandes salivaires colligées dans un service d'ORL à Tunis.

Matériel et méthodes

Nous rapportons rétrospectivement une série de 13 patients présentant une tumeur parotidienne maligne, opérés dans le service d'ORL de l'hôpital Charles Nicole entre 2005 et 2009. Ces tumeurs incluent les tumeurs épithéliales et non épithéliales. Tous nos patients ont bénéficié d'un bilan clinique et d'une exploration radiologique préopératoire, complétée par un bilan d'extension général en post opératoire. Nous avons analysé à travers les dossiers cliniques des patients les différentes modalités thérapeutiques.

Résultats

L'âge moyen des 13 patients présentant une tumeur parotidienne maligne, est de 51 ans avec des extrêmes allant de 16 à 86 ans et un pic de fréquence à la 6^{ème} décennie de vie. Pas de prédominance sexuelle n'a été retrouvée : 7 hommes pour 6 femmes. Le motif de consultation principal était une tuméfaction de la région parotidienne dont la taille variait entre 2 et 10 cm (taille moyenne = 5,8 cm). Cette tuméfaction était dure et fixée dans 8 cas et en perméation cutanée dans 2 cas (Figure 1). Cette tuméfaction s'associe à une douleur dans 4

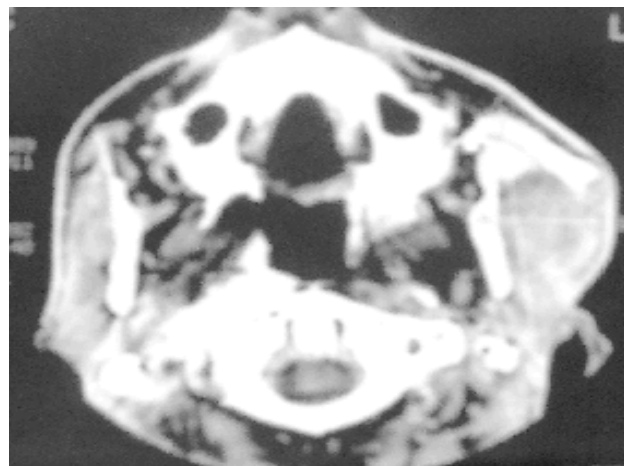
cas, une paralysie faciale (PF) dans trois cas et des adénopathies cervicales dans 3 cas. Le délai moyen d'évolution des plaintes fonctionnelles était de 45 mois avec des extrêmes allant de 2 mois à 16 ans.

Figure 1 : Tumeur parotidienne droite en perméation cutanée



L'examen de la cavité buccale et de l'orifice du canal de Sténon en particulier était sans anomalie avec une salive claire dans tous les cas. Les glandes sub-mandibulaires et thyroïdiennes étaient normales dans tous les cas. L'examen du cavum a été systématique chez tous les patients, il est revenu normal dans tous les cas. L'échographie a été pratiquée chez 11/13 patients; la malignité a été suspectée en pré-opératoire dans 5 cas devant la taille de la masse, son aspect hétérogène, ses limites irrégulières et la présence d'adénopathies locorégionales homolatérales. Six patients ont bénéficié d'une exploration tomodensitométrique (Figure 2) et 8 patients ont eu une imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) après avoir eu une échographie cervicale.

Figure 2 : TDM injectée en coupe axiale : importante masse tissulaire de la région massétérine gauche.



hétérogène, à contours flous, et apparaissant en hyposignal T1 et T2 avec un net réhaussement après injection de Gadolinium. (Figure 3 et 4). Les cancers parotidiens ont été répartis en 6 types histologiques (tableau 1).

Figure 3 : IRM montrant en coupe axiale, une formation parotidienne gauche lobulée hypo T1 (A), se réhaussant fortement après injection de Gado. (B), hétérogène et occupant le lobe superficiel et profond de la parotide en coupe coronale (C).



Figure 4 : IRM coupes axiales(a, b) et coronales(c, d) d'une hypertrophie homogène du lobe superficiel de la parotide gauche mesurant 8.5 x 7 x 3 cm, HypoT1, hyperT2, avec un rehaussement diffus et homogène après injection de Gado avec adénomégalie bilatérale. Il s'agit d'un lymphome parotidien (patient 4).

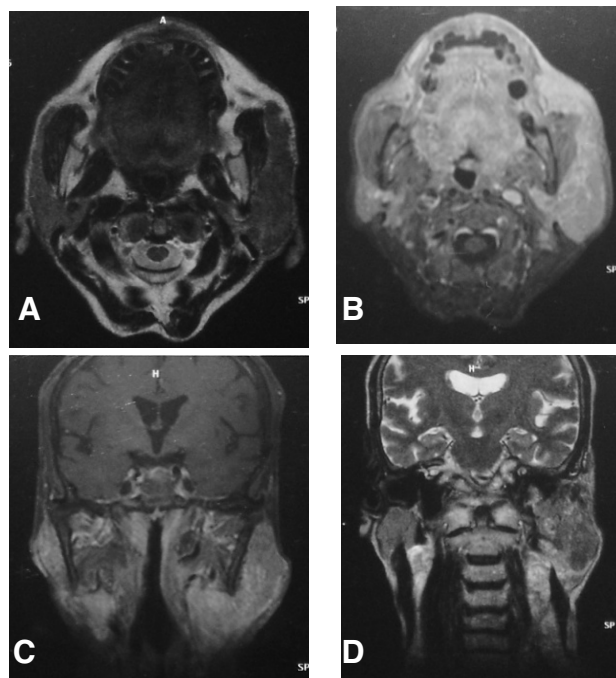


Tableau 1 : Répartition des tumeurs malignes de la parotide selon le type histologique

Type Histologique	Nombre de cas
Tumeurs épithéliales	6
Carcinome mucoépidermoïde	2
Carcinome à cellules acineuses	1
Adénocarcinome	1
Carcinome épidermoïde	1
Tumeurs non épithéliales	1
Lymphome malin non hodgkinien	1
Mélanome	1
Liposarcome	1

L'attitude thérapeutique est résumée par le tableau 2. Une Biopsie parotidienne a été réalisée dans deux cas. La tumeur parotidienne était dans ces deux cas à un stade évolutif important, inextirpable et en perméation cutanée.

Il s'agissait dans un cas, d'un carcinome épidermoïde qui a été adressé pour traitement palliatif et dans le deuxième cas, d'un carcinome muco-épidermoïde de haut grade de malignité, avec métastase hépatique, qui a été adressé par la suite pour radiothérapie palliative.

Pour les patients ayant une tumeur parotidienne peu invasive et

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des résultats

	Type de chirurgie	Curage ganglionnaire	Examen extemporané	Anapath. définitive	TT adjuvant	Evolution
1	Parotidectomie totale non conservatrice	Curage triangulaire	Carcinome muco-épidermoïde	Carcinome muco-épidermoïde	Radiothérapie complémentaire	PFP* complète et définitive
2	Parotidectomie totale non conservatrice	Curage triangulaire	Carcinome	Carcinome à cellules acineuses		PFP complète et définitive
3	Parotidectomie totale non conservatrice	Curage radical	Mélanome	Mélanome	Radiothérapie complémentaire chimiothérapie	PFP complète et définitive
4	Parotidectomie totale conservatrice		Lymphome	Lymphome de type Malt		PFP transitoire
5	Biopsie			Carcinome épidermoïde bien différencié	Radiothérapie palliative	Décédé
6	Parotidectomie totale conservatrice	Curage triangulaire	Carcinome muco-épidermoïde	Carcinome muco-épidermoïde.	Radiothérapie complémentaire	PFP transitoire
7	Parotidectomie sutotale non conservatrice	Curage triangulaire	Carcinome muco-épidermoïde	Carcinome muco-épidermoïde	Radiothérapie complémentaire	PFP complète et définitive
8	Biopsie			Carcinome muco-épidermoïde de haut grade	Radiothérapie palliative.	Décédé
9	Parotidectomie totale non conservatrice	Curage triangulaire	Carcinome	Carcinome à cellules acineuses		PFP complète et définitive
10	Parotidectomie subtotale non conservatrice	Curage radical	Carcinome	Carcinome muco-épidermoïde de haut grade	Radiothérapie complémentaire	PFP complète et définitive
11	Parotidectomie totale conservatrice	Curage triangulaire	Carcinome muco-épidermoïde	Adénocarcinome à cellules basales		Récidive PFP transitoire
12	Parotidectomie totale conservatrice	Curage triangulaire	Carcinome	Carcinome muco-épidermoïde	Radiothérapie complémentaire	PDV**
13	Parotidectomie totale non conservatrice	Curage triangulaire	Liposarcome	Liposarcome indifférencié de haut grade	Radiothérapie complémentaire	PFP compète et définitive

extirpable chirurgicalement, la conduite à tenir était comme suit:

- Parotidectomie subtotale non conservatrice a été réalisée dans deux cas : un cas de carcinome à l'examen extemporané et complété par un curage radical et un deuxième cas de carcinome muco-épidermoïde complété par un curage triangulaire. Le diagnostic de carcinome muco-épidermoïde a été confirmé à l'examen anatomopathologique définitif dans les deux cas. Les deux patients ont eu une radiothérapie complémentaire. Un cas de récurrence tumorale a été relevé.

- Parotidectomie totale conservatrice dans quatre cas : Carcinome muco-épidermoïde dans deux cas, adénocarcinome dans un cas et LMNH dans un cas. L'examen extemporané a été concluant dans trois cas et dans un cas, il a montré un carcinome muco-épidermoïde, alors qu'il s'agissait d'un adénocarcinome à l'examen anatomo-pathologique définitive. Un curage triangulaire a été complété dans trois cas (sauf le cas de lymphome). Trois patients ont bien évolué, un a été perdu de vue.

- Parotidectomie totale non conservatrice dans cinq cas : Carcinome muco-épidermoïde dans un cas (retrouvé à l'examen extemporané), carcinome à cellules mucineuses dans deux cas (carcinome à l'examen extemporané dans les deux cas), mélanome dans un cas et liposarcome indifférencié de haut grade dans un cas (révélés tous les deux à l'examen

extemporané) (Figure 5).

Figure 5 : Parotidectomie totale non conservatrice (PTNC) pour un carcinome muco-épidermoïde de la parotide gauche



10 cas :

- Evidement triangulaire dans huit cas : Carcinome muco-épidermoïde dans quatre cas, carcinome à cellules mucineuses dans deux cas, adénocarcinome dans un cas et liposarcome dans un cas.

- Curage radical dans deux cas : Mélanome malin dans un cas et un cas de carcinome muco-épidermoïde de haut grade de malignité en perméation cutanée.

Une anastomose VII-XII a été réalisée en peropératoire dans un cas de parotidectomie totale non conservatrice pour carcinome muco-épidermoïde, avec persistance de la paralysie faciale totale et complète en postopératoire.

Les suites opératoires ont été marquées par une surinfection de la plaie opératoire dans un cas. Trois cas de PF transitoires avec une récupération satisfaisante dans un délai variant de 1 mois à un an : Il s'agissait de trois cas de parotidectomie totale conservatrice (carcinome muco-épidermoïde, LMNH et adénocarcinome parotidiens). Sept cas de PF définitive : Il s'agissait de sept cas de parotidectomie totale non conservatrice. Aucun cas de syndrome de Frey et aucun cas de fistule salivaire n'a été rapporté.

Sept patients ont bénéficié d'une radiothérapie complémentaire: un cas de mélanome malin, deux cas de carcinome mucoépidermoïde dont la parotidectomie a été subtotale et l'examen anatomopathologique a montré un envahissement ganglionnaire et un cas de liposarcome indifférencié de haut grade. Chez deux patients, on a eu recours à une radiothérapie palliative (carcinome muco-épidermoïde de haut grade inextirpable). Un patient a bénéficié d'une chimiothérapie.

Un cas de récurrence a été constaté avec un recul de 13 mois : Il s'agissait d'un carcinome muco-épidermoïde opéré par une parotidectomie subtotale avec curage ganglionnaire radical (11N+/23N-) puis radiothérapie complémentaire. Le patient a présenté une récurrence locorégionale massive et il a été par la suite adressé pour traitement palliatif.

Le suivi moyen était de 19 mois (1 mois à 4 ans). Nous avons déploré trois décès : Il s'agissait de deux cas de tumeurs inextirpables d'emblée (carcinome épidermoïde et carcinome muco-épidermoïde très évolués en perméation cutanée et en métastase) et un cas de récurrence locorégionale massive après traitement radio-chirurgical (carcinome muco-épidermoïde de haut grade de malignité).

Conclusion

Les tumeurs malignes de la parotide sont relativement rares. La démarche diagnostique face une tumeur parotidienne se base sur les informations recueillies par l'examen clinique ainsi que sur les données para cliniques anatomo-pathologiques et radiologiques. L'imagerie et surtout l'IRM est d'un grand apport pour le clinicien dans le bilan d'extension et l'orientation vers la malignité. La ponction cytologique insuffisamment pratiquée sous nos cieux s'est largement diffusée et fournit des informations dont la valeur diagnostique a été démontrée. La connaissance préopératoire du type histologique, permet d'adapter la stratégie thérapeutique en fonction de l'agressivité tumorale, guidant ainsi le geste opératoire. La parotidectomie sera totale ou élargie, associée ou non à un évidement

ganglionnaire cervical. La radiothérapie complémentaire est indiquée en cas de résection incomplète ou de tumeurs invasives. Le pronostic dépend du type histologique et du degré d'évolution tumorale.

Références

1- Harish K. Management of primary malignant epithelial parotid tumors. Surg Oncol 2004; 13: 7-16

Kaffel Nadia, Selmi Z, Stambouli I, Lahiani R, Ben Salah Mamia, Hajri Hela, Ferjaoui Mohamed

Service Orl – Hôpital Charles Nicolle. Tunis
Faculté de Médecine de Tunis
Université Tunis El Manar

Adenocarcinoma arising in 'J' pouch after total proctocolectomy for familial polyposis coli

Preventive total colectomy with mucosectomy and ileoanal anastomosis which was supposed to preserve from degeneration patients carrying a familial adenomatous polyposis, can become complicated, of recurrent of the polyps of adenomatous type on the level of the pouch (1-6). The prevalence of the polyps in the ileal pouch varies from 8 to 62% (3). The risk of degeneration of these polyps on the level of the pouch, is not well-known, however, fifteen cases only in the literature were reported after mechanical anastomosis as well as after mucosectomy and manual anastomosis (7).

We report a new case of adenocarcinoma arising in 'J' pouch after total proctocolectomy for familial polyposis coli.

Observation

The diagnosis of adenomatous polyposis was carried in 1996 in Mrs. G.D. at the age of 16, by the endoscopic discovery of a diffuse colic polyposis with rectal attack without duodenal one. It was about a novo case which transfer was not identified by direct genetic analysis. Preventive total colectomy with manual mucosectomy and ileoanal anastomosis on two times (the length of the pouch was 15cm) were performed with simple operational effects, a functional good performance. In 2006, the patient was 26 years old, when an endoscopic examination had shown the appearance of polyps in dysplasia of low rank on the level of the pouch having been the subject of an iterative resection by endoscopic. Two months later, we noted the appearance of a hemircumferential polypoid formation without sign of biopsy degeneration having justified the resection by trans-anal way. Eight month later, a new endoscopy had shown the appearance of many polyps on the level of the pouch of which some were degenerated. The patient was dealt with again by a double initially median and perineal track. After resumption of the median laparotomy and careful