

270- Pathologie des glandes salivaires : tuméfactions parotidiennes

Une tuméfaction de la loge parotidienne est le plus souvent développée aux dépens de la glande parotide. Mais elle peut reconnaître aussi une origine extra salivaire : ganglionnaire, nerveuse, vasculaire...

Table des matières

LE DIAGNOSTIC POSITIF

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE et CONDUITE À TENIR

Les tuméfactions inflammatoires

La parotidite ourlienne

La parotidite aiguë microbienne

La parotidite lithiasique surinfectée

Les parotidites chroniques non spécifiques.

Les tuméfactions non inflammatoires bilatérales

La sarcoïdose ou maladie de Besnier-Boeck-Schaumann (BBS)

Les syndromes secs

pathologie parotidienne dans le cadre de la seropositivité hiv

Les parotidomégalies essentielles

Les tuméfactions non inflammatoires unilatérales

Les tumeurs épithéliales bénignes

Les adénomes pléiomorphes ou tumeurs mixtes de la parotide

Les autres tumeurs bénignes

Les tumeurs épithéliales malignes

Tumeurs épithéliales à malignité atténuée

Les adénocarcinomes

Les carcinomes adénoïdes kystiques ou cylindromes

Autres carcinomes

Les tumeurs non épithéliales



LE DIAGNOSTIC POSITIF

Reconnaître le siège parotidien d'une tuméfaction ne pose en général pas de problème : elle se projette typiquement dans la région rétro mandibulaire entre la branche montante en avant, le muscle sterno-cléido-mastoïdien et le conduit auditif externe en arrière, au-dessus de l'angle mandibulaire. Lorsqu'elle atteint un certain volume, elle soulève le lobule de l'oreille.

Quelquefois, cependant, la projection est plus inhabituelle :

- au niveau de la joue si la tuméfaction siège dans le prolongement antérieur de la glande parotide
- au niveau parapharyngé et intravélique si elle siège dans son prolongement profond.

Les caractères suivants de la tuméfaction doivent être précisés :

- aspect inflammatoire, état de la peau
- consistance : dure, inhomogène, fluctuante
- indolence ou non, spontanément et à la palpation

La recherche d'une atteinte du nerf facial, aussi minime soit-elle, doit être également un geste réflexe du praticien.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Les causes d'erreur sont peu nombreuses :

- l'actinomycose cervico-faciale est une lésion inflammatoire cutanée et sous cutanée, elle est plus fréquente chez l'enfant,
- les tumeurs para pharyngées ou massétériques
- la mastoïdite à évolution cervicale
- la palpation d'une apophyse transverse de l'atlas

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE ET CONDUITE À TENIR

Le diagnostic causal se pose différemment :

- dans les tuméfactions inflammatoires, où la cause est en général facilement reconnue
- et dans les tuméfactions non inflammatoires, où, malgré les examens complémentaires les plus poussés (échographie, IRM, ponction cytologique à l'aiguille fine, bilan hématologique), la cause n'est découverte qu'à lors de l'examen extemporané au cours de la parotidectomie exploratrice, ou quelquefois même de l'examen histologique de la totalité de la pièce opératoire.

Les tuméfactions inflammatoires

Elles sont en règle d'origine glandulaire : parotidites aiguës et chroniques.

- LA PAROTIDITE OURLIENNE

Elle est aisément reconnue sur la notion d'épidémicité, l'aspect de l'œdème cutané gélatineux, la bilatéralité, l'atteinte des glandes sous mandibulaires, les dosages biologiques éventuels. Elle est rare depuis la généralisation de la vaccination.



- **LA PAROTIDITE AIGUË MICROBIENNE**

Elle survient lors d'une baisse de l'état général avec déshydratation,. Elle est favorisée par une cause locale : infection dentaire ou stomatite (infection canalaire ascendante). Elle débute par une douleur à la mastication, puis une douleur spontanée à l'angle de la mandibule, avec température élevée.

Il existe un gonflement rétro mandibulaire en général unilatéral, soulevant le lobule de l'oreille. La peau est rose et œdématisée. L'orifice du canal de Sténon est rouge avec issue de pus.

L'évolution est favorable sous antibiotiques et anti-inflammatoires et éventuelle réhydratation. Elle peut néanmoins se faire vers la suppuration avec micro abcès, ou passer à la chronicité avec sclérose glandulaire, sur des terrains particulièrement fragiles.

- **LA PAROTIDITE LITHIASIQUE SURINFECTEE**

Elle est rare car la lithiase parotidienne est beaucoup moins fréquente que la lithiase sous-maxillaire.

La radiographie maxillaire défilé et surtout l'échographie en permettent le diagnostic.

- **LES PAROTIDITES CHRONIQUES NON SPECIFIQUES.**

Rares, elles sont dues à une infection canalaire ascendante dont le trouble initial est mal connu. Elles se traduisent par des poussées de tuméfaction avec douleurs à la mastication. La parotide est hypertrophiée et douloureuse à la palpation.

La sialographie peut montrer des images typiques avec dilatation des canaux et images multiples en grains de plomb (image de pommier japonais).

L'évolution est récidivante. L'affection peut guérir sans séquelles (parotidite récidivante de l'enfant) ou évoluer vers une hypertrophie scléreuse.

La parotidectomie, n'est indiquée qu'exceptionnellement dans les cas sévères. En effet la dissection du nerf facial est très difficile au sein de tissu inflammatoire , il peut être enserré dans la sclérose.

Les tuméfactions non inflammatoires bilatérales

Ce sont les parotidoses. Elles entrent dans le cadre d'une maladie de système.

- **LA SARCOÏDOSE OU MALADIE DE BESNIER-BOECK-SCHAUMANN (BBS)**

L'association d'une hypertrophie parotidienne bilatérale, indolore, rapidement installée et d'une uvéite (uvéoparotidite) réalise le syndrome de Heerfordt, typique d'une sarcoïdose ; il s'accompagne souvent d'une paralysie faciale, et éventuellement d'autres manifestations : cutanées, osseuses, pulmonaires, ganglionnaires, viscérales de la maladie de BBS.

Le diagnostic est suspecté devant la négativité de l'IDR, et confirmé par le dosage de l'activité plasmatique de l'enzyme de conversion et l'examen histologique.

L'évolution de cette atteinte parotidienne est souvent rapidement favorable.

- **LES SYNDROMES SECS**

Ils associent un gonflement parotidien bilatéral diffus, une sécheresse oculaire (xérophtalmie) et buccale (xérostomie).

- Le syndrome de Gougerot-Sjögren :

Il est le plus caractéristique, isolé ou associé à d'autres manifestations auto-immunes : polyarthrite rhumatoïde, LED, atteintes digestives, rénales, musculaires, neurologiques...

Il survient surtout chez la femme entre 40 et 60 ans.

Il s'agit d'une maladie auto-immune. Le diagnostic est établi par la biopsie d'une glande salivaire accessoire.



Le traitement, décevant, fait appel à l'immunothérapie, la corticothérapie, aux larmes et salives artificielles et aux sialagogues.
Il peut évoluer vers un lymphome qu'il faudra évoquer devant une évolution tumorale parotidienne.

▪ Les sialadénoses :

Elles associent également un gonflement parotidien et une sécheresse buccale et oculaire, et s'inscrivent dans le cadre d'une atteinte endocrinienne (diabète, hypothyroïdie, hyperfolliculinémie de la ménopause), métabolique (cirrhose et alcoolisme par carence protidique), médicamenteuse (antidépresseurs, phénothiazines, réserpine...)

Il convient d'éliminer une hémopathie pouvant réaliser des aspects semblables.

• **PATHOLOGIE PAROTIDIENNE DANS LE CADRE DE LA SEROPOSITIVITE HIV**

Cliniquement, on constate une augmentation de volume de la parotide dans laquelle sont individualisées des formations kystiques parfois volumineuses. L'atteinte est le plus souvent bilatérale, indolore, esthétiquement gênante. La pathologie est dominée par des lésions lympho-épithéliales bénignes : hyperplasie lymphoïde kystique. Le problème est là aussi d'éliminer une tumeur maligne. L'hyperplasie lymphoïde kystique régresse le plus souvent sous traitement antirétroviral. Sa persistance peut faire discuter une parotidectomie superficielle.

• **LES PAROTIDOMEGALIES ESSENTIELLES**

Ce sont les grosses parotides, sans symptôme et sans anomalie histologique (faciès piriforme, Louis-Philippe).

Elles sont d'origine familiale, ou géographique. Elles se rencontrent aussi chez les obèses, les diabétiques, les mangeurs excessifs de pain, les goutteux et les cirrhotiques (hyperfonctionnement de la glande, jouant le rôle d'émonctoires).



Les tumeurs non inflammatoires unilatérales

Elles sont en grande majorité des tumeurs de la glande parotidienne et évoluent sous forme de nodule de la loge parotidienne. Les tumeurs extrasalivaires et les pseudotumeurs sont exceptionnelles.

Les tumeurs épithéliales bénignes

- LES ADENOMES PLEIOMORPHES OU TUMEURS MIXTES DE LA PAROTIDE

- Tumeurs parotidiennes les plus fréquentes. Elles représentent plus de 50% des tumeurs parotidiennes et 80% des tumeurs épithéliales bénignes. Elles sont caractérisées sur le plan histologique par la coexistence d'éléments épithéliaux et mésenchymateux (d'où leur nom de tumeur mixte) ; les cellules myoépithéliales paraissent jouer un rôle prédominant dans leur constitution. Elles s'observent à tout âge, avec un maximum de fréquence entre 30 et 60 ans, sans prédominance de sexe. Elles siègent le plus souvent dans le lobe superficiel de la glande ; elles peuvent quelquefois affecter les prolongements antérieur ou profond, posant alors des problèmes diagnostiques avec les tumeurs jugales ou [parapharyngées](#) (lobe profond de la parotide).
- Cliniquement, elles se présentent comme un syndrome tumoral progressif et isolé : une tuméfaction unilatérale de la loge parotidienne, de consistance variable : dureté élastique ou inhomogène, bosselée. Absence de signe fonctionnel, absence d'adénomégalie. Elles sont souvent remarquées fortuitement, car indolores et de croissance très lente. Elles peuvent atteindre des proportions considérables si elles sont négligées par le patient.

La mimique faciale est toujours normale ; l'existence d'une paralysie faciale, même très partielle doit faire réviser le diagnostic de tumeur mixte, ou faire craindre sa dégénérescence maligne.

- Les examens complémentaires ont deux objectifs :
 1. Affirmer le siège intraparotidien de la tumeur :
 - L'échographie est suffisante : tumeur parotidienne tissulaire
 - La TDM n'a que peu d'intérêt dans les cas typiques ou lorsqu'une IRM est demandée
 2. Approcher la nature bénigne ou maligne et éventuellement le type histologique :
 - L'IRM, assez caractéristique, mais non pathognomonique montre un hyposignal en T1, un hypersignal souvent festonné en T2. Elle n'est pas demandée systématiquement. L'IRM de diffusion est en cours d'évaluation.
 - La ponction cytologique n'a de valeur que positive. Il lui est reproché le risque d'effraction capsulaire et de lésion du nerf facial. Quel que soit son résultat, l'intervention sera presque toujours proposée.
- Le traitement est chirurgical. C'est une **parotidectomie exploratrice** avec **repérage, dissection et conservation du nerf facial. Exérèse tumorale sans effraction capsulaire, analyse anatomopathologique extemporanée**, en cas de confirmation du diagnostic, [parotidectomie totale](#). Le pronostic est alors tout à fait favorable. Une kinésithérapie faciale est préconisée en cas de déficit post opératoire. L'apparition d'un syndrome de Frey est fréquente.
- Le risque de récurrence locale est dépendant de la qualité de l'exérèse initiale, évalué entre 2 et 4 % après parotidectomie totale ou subtotalaire. Le risque de cancérisation est très faible, le plus souvent au cours d'une tumeur évoluant depuis plusieurs dizaines d'années ou récidivante. La surveillance doit être prolongée.



- **LES AUTRES TUMEURS BENIGNES**

- Le cystadénolymphome papillaire ou tumeur de Warthin (5 à 10 % des tumeurs parotidiennes). Il ne s'observe qu'au niveau de la glande parotide et peut être bilatéral. Apanage de l'homme de 40 à 60 ans, il est de siège généralement polaire inférieur ; sa consistance est molle ou élastique, son évolution lente.

Le diagnostic est confirmé lors de la parotidectomie exploratrice et le traitement consiste en une parotidectomie partielle, avec conservation du nerf facial. Le pronostic est bénin.

- Les adénomes monomorphes, ou adénome simple (10 à 15% des tumeurs parotidiennes)
- Les adénomes oxyphile ou oncocytome (1 % des tumeurs de la parotide)
- Autres : adénome tubulaire ou trabéculaire, adénome à cellules claires, adénome basocellulaire, papillome.

Les tumeurs épithéliales malignes

Elles représentent environ 8 à 18 % des tumeurs malignes des glandes salivaires.

- **TUMEURS EPITHELIALES A MALIGNITES ATTENUÉE**

- Tumeurs mucoépidermoïdes représentent environ 45% de toutes les tumeurs malignes des glandes salivaires. Elles ont une évolution bénigne le plus souvent mais parfois peuvent devenir infiltrantes et donner des métastases. Elles touchent hommes et femmes entre 20 et 60 ans. Le traitement chirurgical est de rigueur.
- Tumeurs à cellules acineuses représentent environ 10% de toutes les tumeurs malignes des glandes salivaires. Elles sont plus fréquentes chez la femme de la cinquantaine. Leur évolution est caractérisée par la survenue de métastases ganglionnaires ou à distance dans 5 à 10 % des cas, avec une survie à 5 ans de 80 %

- **LES ADENOCARCINOMES**

Ils représentent environ 20% des tumeurs malignes des glandes salivaires. Ces tumeurs malignes s'observent à tout âge ; elles sont primitives ou secondaires à la dégénérescence maligne d'un adénome pléiomorphe préexistant.

La tuméfaction parotidienne augmente rapidement de volume, pseudo-encapsulée ou diffuse, infiltrant toute la glande. Elle est souvent douloureuse. Elle peut s'accompagner d'adénopathies cervicales et d'une paralysie faciale.

L'IRM montre une tumeur aux contours mal définis, en hyposignal hétérogène en T1 avec forte prise de contraste après gadolinium.

Le pronostic est très péjoratif, malgré une parotidectomie totale avec évidemment ganglionnaire, suivie de radiothérapie.

- **LES CARCINOMES ADENOÏDES KYSTIQUES OU CYLINDROMES**

Ils représentent environ 10% des tumeurs malignes de toutes les glandes salivaires, et s'observent à tout âge, volontiers chez la femme.

Le diagnostic ne peut être qu'évoqué devant une tumeur parotidienne dure, inégale, de croissance plus rapide que celle de la tumeur mixte, et surtout de douleurs spontanées et à la palpation.

La gravité de cette tumeur provient de son potentiel de récurrence locale et de l'éventualité fréquente de métastases générales (pulmonaires, osseuses) quelquefois tardives.

La parotidectomie avec conservation du nerf facial doit être suivie d'une radiothérapie.

- **AUTRES CARCINOMES**

Carcinomes épidermoïdes et indifférenciés représentent environ 5% de toutes les tumeurs malignes des glandes salivaires.

Les tumeurs non épithéliales

Elles sont multiples, mais peu fréquentes.

Leur diagnostic est en général porté à l'examen histologique peropératoire lors d'une intervention pour une tumeur parotidienne isolée.

- **TUMEURS VRAIES**

- Malignes :

- métastases ganglionnaires d'un carcinome, du cuir chevelu ou de la région frontotemporale (carcinome épidermoïde, mélanome)
- lymphomes et sarcomes

- Bénignes, d'origine :

- nerveuse : neurinome du nerf facial, neurofibromes
- vasculaire : hémangiome ou lymphangiome de l'enfant
- grasseuse : lipome intraparotidien
- congénitale : kyste congénital de la première fente branchiale

- **PSEUDOTUMEURS**

Sont consécutives à certaines parotidites chroniques spécifiques

- syphilitiques, de forme pseudotumorale
- tuberculeuses ou à mycobactéries atypiques, souvent sous forme d'adénopathies tuberculeuses intraparotidiennes

- ⚠ Une tuméfaction parotidienne unilatérale non inflammatoire et isolée fait évoquer avant tout une tumeur mixte.
- ⚠ Il n'y a jamais de paralysie faciale dans une tumeur mixte ou bénigne de la parotide. Sa survenue signe la malignité.
- ⚠ Le diagnostic étiologique d'une tumeur de la parotide ne peut être confirmé que lors d'une parotidectomie exploratrice.