

TUMÉFACTION PAROTIDIENNE MÉTASTATIQUE

Imane Azzam*	ORL-CCF centre hospitalier universitaire Rabat, Rabat, Maroc. *Corresponding Author
Kawtar Ayad	ORL-CCF centre hospitalier universitaire Rabat, Rabat, Maroc.
Hafsa El Ouzzani	Laboratoire d'anatomie pathologique, HSR, Rabat, Maroc.
Nadia Cheradi	Laboratoire d'anatomie pathologique, HSR, Rabat, Maroc.
Leila Essakalli Hossyni	ORL-CCF centre hospitalier universitaire Rabat, Rabat, Maroc.

ABSTRACT

Introduction: Parotid tumors represent 80% of accessory salivary gland tumors, often benign. The secondary parotid localizations are exceptional. We propose to take stock of this pathology and its management through an anatomo-clinical observation of a parotid metastasis of a melanoma.

Observation: This is an 80-year-old patient, operated on 1 year previously for a left cheek dyschromic lesion, having consulted for a hard left parotid swelling, fixed and infiltrating the skin, without peripheral facial paralysis, cervical CT showed two heterogeneous tissue formations, enhancing after injection of the contrast product with some lymphadenopathy, biopsy of the lesion was in favor of melanoma the patient refused any surgical procedure and was referred for immunotherapy

Discussion: Intra parotid metastases represent 10% to 35% of malignant parotid tumors. The primitive often sits in the cervicofacial region, Fine needle aspiration combined with imaging occupies a major place in the management of parotid tumors. MRI with its great sensitivity has revolutionized the radiological diagnosis of melanoma, Treatment of parotid melanoma metastases is surgical. Postoperative radiotherapy is recommended. Some authors offer targeted therapies.

MOT CLES Parotide –mélanome-métastase

KEYWORDS : Melanoma –parotid-metastasis

INTRODUCTION :

Les tumeurs parotidiennes représentent 80% des tumeurs des glandes salivaires accessoires, elles sont souvent bénignes. Les localisations parotidiennes secondaires sont exceptionnelles, et représentent, selon les séries seulement 10 à 30 % de l'ensemble des tumeurs malignes. La néoplasie primitive est située dans l'immense majorité des cas au niveau de la tête et du cou.[1 ;2] Nous nous proposons de faire le point sur cette pathologie rare et sur sa prise en charge thérapeutique à travers une observation anatomo-clinique d'une métastase parotidienne d'un mélanome.

OBSERVATION :

Il s'agit d'un patient de 80 ans, agriculteur de profession, hypertendu et diabétique sous traitement ,opéré lan auparavant pour une lésion dyschromique jugale gauche, sans documents , ayant consulté pour une masse parotidienne gauche évoluant depuis huit mois , augmentant assez rapidement de volume, avec des signes inflammatoires en regard . L'examen physique a retrouvé un patient en assez bon état général, avec une tuméfaction de la région parotidienne gauche, de consistance dure, mesurant environ 4 cm de grand axe, fixée au plan profond, infiltrant la peau avec des zones de fistulisation, sans paralysie faciale périphérique ni limitation de l'ouverture buccale. L'examen du conduit auditif externe était sans particularités et les aires ganglionnaires cervicales étaient libres. L'examen du revêtement cutané a mis en évidence une cicatrice jugale homolatérale de 3cm, sans autres lésions cutanéomuqueuses associées.

Le patient a bénéficié d'un bilan radiologique comprenant une TDM cervico thoraco-abdomino-pelvienne (fig 1,2) revenant en faveur de deux formations tissulaires hétérogènes cervicales gauches ,se rehaussant après injection du produit de contraste de 20mm et 30mm de grand diamètre avec envahissement cutané et respect des structures osseuses de voisinage avec quelques adénopathies infracentimétriques de la chaîne IB et II homolatérales. Le reste de l'examen était sans anomalies.



TDM cervicale (FIG 1 :coupe axiale C-),(FIG2 :coupe coronale C+) :montrant la présence au niveau du lobe parotidien superficiel gauche de deux formation arrondies bien limitées de contours réguliers de densité tissulaire hétérogène rehaussées après injection du produit de contraste mesurant 31*24*31mm et 20*18*19 avec infiltration cutanée en regard ,et multiples ganglions de la chaîne IBetII du coté gauche

L'étude anatomopathologique de la lésion fistulisée était en faveur d'un mélanome (fig 3,4,5). Le bilan d'extension général était négatif. Le diagnostic retenu était celui d'une métastase parotidienne d'un mélanome cutané situé au niveau jugal. Le patient était candidat à une parotidectomie totale, avec conservation du nerf facial et évidemment ganglionnaire homolatéral des groupes I, II, III et IV, avec un lambeau de reconstruction mais le patient a refusé tout acte chirurgical et il était adressé pour immunothérapie.

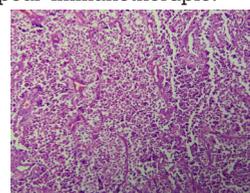


FIG3 :microphotographie montrant une prolifération tumorale indifférenciée d'architecture diffuse au sein d'un stroma grele vasculaire (HE,G*20)

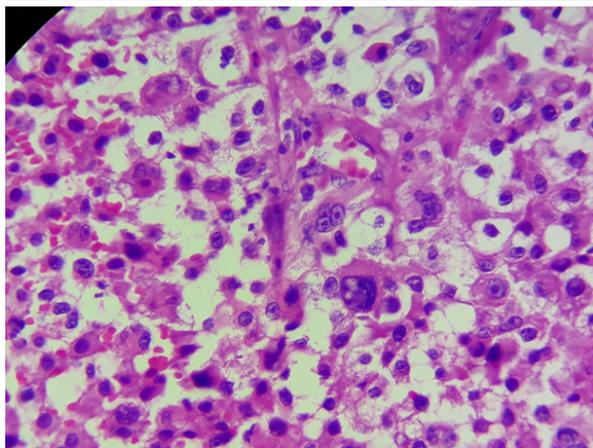


Fig4: les cellules tumorales sont dotées d'un cytoplasme eosinophile muni de noyaux franchement atypique et fortement nucléole (HE,G*40)

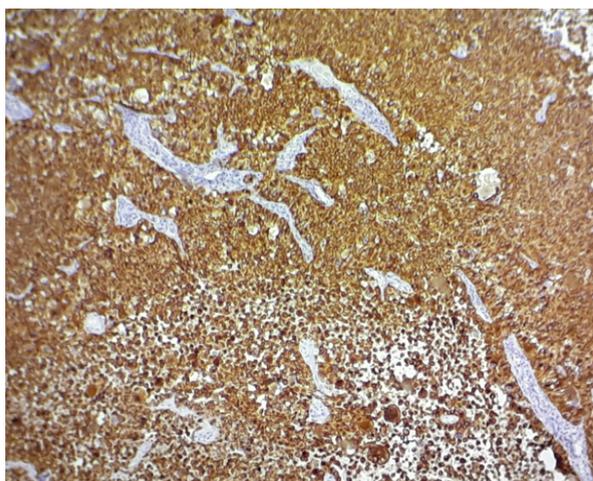


FIG5: les cellules tumorales sont melan A et HMB45 positives

DISCUSSION :

Les métastases intra parotidiennes représentent 10% à 35% des tumeurs malignes de la glande parotide. Le primitif siège le plus souvent dans la région cervicofaciale, du fait de l'existence de noeuds parotidiens extra et intraglandulaires, drainant les régions temporale, frontale et palpébrale, la parotide, l'oreille externe et moyenne. Les lésions primitives retrouvées sont le plus souvent des tumeurs cutanées ou muqueuses, cependant l'identification de la lésion primitive n'est toujours pas possible [3].

La cytoponction couplée à l'imagerie occupe une place prépondérante dans la prise en charge des tumeurs parotidiennes. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) avec sa grande sensibilité a révolutionné le diagnostic radiologique des mélanomes, et ce en utilisant les nouvelles séquences de perfusion et de diffusion [4]. La mélanine, grâce à sa richesse en radicaux libres, donne un aspect en hypersignal T1 au mélanome, définissant ainsi l'effet paramagnétique de la mélanine. La ponction cytologique permet d'orienter positivement le diagnostic histologique [1]. Ainsi, sur le plan histologique, les marqueurs immunohistochimiques contribuent au diagnostic positif. On a souvent recours à la protéine S100, qui est un marqueur sensible mais non spécifique, et à l'anticorps monoclonal HMB45, dérivé d'extraits de mélanome, qui est plus spécifique [5] ainsi qu'au Melan A. Pour notre patient, une biopsie de la tumeur a été faite, et a objectivé une positivité de ces 3 marqueurs (Fig 3).

L'étude histologique permet aussi d'évaluer le pronostic, et ce par l'indice de Breslow, qui représente l'un des facteurs pronostiques les plus importants, permettant à travers un score d'évaluer la survie globale à cinq ans. Le risque de métastases régionales est proportionnel à ce score [3].

L'échographie et la tomодensitométrie cervico-faciale permettent un bilan d'opérabilité et d'extension locorégionale par la recherche d'adénopathies infracliniques. Notre patient a bénéficié d'une TDM cervico-thoraco-abdomino pelvienne qui a montré deux formations tissulaires intra parotidiennes gauches se rehaussant après injection du produit de contraste.

Le traitement des métastases parotidiennes de mélanome est chirurgical, et repose sur une parotidectomie exofaciale si le nerf n'est pas atteint cliniquement, associé soit à un curage ganglionnaire cervical complet (territoires I – V) ou sélectif. Les recommandations de la littérature quant à l'étendue du curage se basent sur le siège de la lésion primitive et son territoire de drainage. Le curage des territoires I-IV en cas de primitif siégeant dans la région préauriculaire (région antérieure de la face et du scalp) et le curage des territoires II-V pour les primitifs rétroauriculaires (région postérieure de la face et du scalp) [6 ;7].

La radiothérapie post-opératoire est recommandée par tous les auteurs. L'irradiation intéressera systématiquement la région parotidienne. Les aires ganglionnaires cervicales ne seront irradiées que selon les résultats anatomo-pathologiques de la pièce opératoire [1 ;8 ;9 ;10].

D'autres traitements sont de plus en plus utilisés : notamment les thérapies ciblées dans les mélanomes avancés avec mutations BRAF V600E et K, mutations retrouvées dans 50% des cas, en utilisant le Dabrafenib (inhibiteur du BRAF) et le Tramatenib (inhibiteur du MEK) et l'immunothérapie en utilisant les inhibiteurs du PD-1 et du CTLA-4 [11]. Pour notre patient, le traitement proposé après une concertation pluridisciplinaire a été une parotidectomie totale, avec conservation du nerf facial associé à un évidement ganglionnaire homolatéral des groupes I, II, III et IV, avec un lambeau de reconstruction. Le patient a refusé tout acte chirurgical et a été ainsi adressé pour immunothérapie.

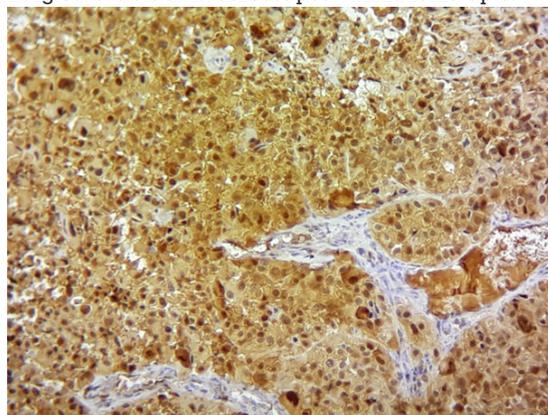


Fig6 : Les Cellules Tumorales Sont PS100positives

CONCLUSION:

Les localisations secondaires parotidiennes des mélanomes de la face sont rares et souvent corrélées à un mauvais pronostic. Leur diagnostic est relativement simple si le primitif est évident, d'où l'intérêt de bien examiner le revêtement cutané cervico-facial devant toute tuméfaction parotidienne. Leur prise en charge thérapeutique est le plus souvent chirurgicale. Les thérapies ciblées et l'immunothérapie quant à elles trouvent de plus en plus de place dans cette entité pathologique.

RÉFÉRENCE :

1. Dequanter D, Lothaire P, Andry G. Les tumeurs malignes secondaires de la parotide. *Ann OtolaryngolChirCervicofac* 2005;122:18-20.
2. Boultaich M, Oujilal A, Benbouzid MA et al. Les tumeurs malignes secondaires de la région parotidienne. *Ann OtolaryngolChirCervicofac* 1994;111:41-59
3. Santinni H, Byers RM, Wolf PF. Melanoma metastatic to cervical and parotid nodes from an unknown primary site. *Am J Su* 1985;150(4):510e2.
4. Y. Ismail, N. R. McLean and A. J. Chippindale. MRI and malignant melanoma of the parotid gland. *British Journal of Plastic Surgery* (2001), 54, 636-645.
5. Duflo, S., Monestier, S., & Zanaret, M. (2008). Mélanomes malins cervicofaciaux. *EMC - Oto-Rhino-Laryngologie*, 3(2), 1–16.
6. R.C.W. Martin, K.F. Shannon, M.J. Quinn, et al., The management of cervical lymph nodes in patients with cutaneous melanoma, *Ann. Surg. Oncol.* 19 (12) (2012) 3926-3932.
7. C. Newlands, B. Gurney, Management of regional metastatic disease in head and neck cutaneous malignancy. 2. Cutaneousmalignantmelanoma, *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* 52 (4) (2014) 301-307.
8. Gehanno P, Guerrier B, Pessey JJ, Zanaret M. Métastases parotidiennes. In: Les tumeurs de la parotide. Monographies du CCA groupe, 2003
9. Plopper C, Cernea CR, Ferraz AR, Medina Dos Santos LR, Regis AB. Parotidectomy for primary nonparotid diseases. *Otolaryngol Head-Neck Surg* 2004;131(4):407-12
10. Jol JAD, Van Velthuysen MLE, Hilgers FJM, Keusk RB, Neering H, Balm AJM. Treatment results of regional metastasis from cutaneous head and neck squamous cell carcinoma. *Eur J Surg Oncol* 2002;29:81-6.
11. J. Badlani et al. Metastases to the parotid gland - A review of the clinicopathological evolution, molecular mechanisms and management. *SurgicalOncology* 27 (2018) 44-53.