

## CAS CLINIQUE

## ADÉNOME PLÉOMORPHE DE L'ESPACE PARAPHARYNGÉ

K. HARRATHI, A. EL KORBI, N. KRIFA, A. BERKAOUI, I. GASSAB, J. KOUBAA

SERVICE ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE, EPS FATTOUMA BOURGUIBA, MONASTIR

### RESUME

Les tumeurs de l'espace parapharyngé sont rares, elles représentent 0,5% de l'ensemble des tumeurs de la tête et du cou. Elles sont bénignes dans 70 à 80 % des cas selon les séries. Elles ont pour origine les glandes salivaires dans 40 à 50% des cas, dominés par les adénomes pléomorphes.

Nous rapportons un cas d'adénome pléomorphe de l'espace parapharyngé chez une femme âgée de 38 ans. La patiente a été opérée par voie trans-orale avec exérèse complète de la tumeur. L'examen anatomopathologique définitif a conclu à un adénome pléomorphe. Les suites opératoires étaient simples. On n'a pas noté de récurrence après un recul de 2 ans.

**Mots clés :** tumeur para pharyngé, glandes salivaires, adénome pléomorphe.

### SUMMARY

Tumours located in the parapharyngeal space are rare. They account for 0.5% of the head and neck tumours of the head and neck. Benign neoplasms are the most common with a rate of 70 to 80%, 40 to 50% originate in the salivary glands; half of them are represented by the pleomorphic adenoma.

We report the case of 38 old-year woman with in which the diagnosis of parapharyngeal space was made. The patient underwent a surgery and total excision of the lesion was performed via a trans-oral approach. The histological exam revealed a pleomorphic adenoma. No postoperative complications were noted and no recurrence was noted during 2 years of follow-up.

**Keywords:** parapharyngeal tumours, salivary glands, pleomorphic adenoma.

### INTRODUCTION

Les tumeurs de l'espace para-pharyngé sont rares, elles représentent 0,5% de l'ensemble des tumeurs de la tête et du cou (1,2). 70 à 80% sont des tumeurs bénignes avec 40 à 50% ayant pour origine les glandes salivaires. L'adénome pléomorphe est le type histologique le plus fréquent (3,4). Il peut se développer au dépens des glandes salivaires accessoires ou du lobe profond de la parotide. La symptomatologie clinique est pauvre, corrélée à l'effet de masse qu'exerce la tumeur sur les structures adjacentes (5,6).

Nous rapportons le cas d'un adénome pléomorphe primitif de l'espace para pharyngé et nous exposons à travers une revue de la littérature les caractéristiques cliniques, les moyens diagnostiques et les modalités de prise en charge.

### OBSERVATION

Il s'agit d'une femme âgée de 38 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui nous a consulté pour une dysphagie évoluant depuis 2 ans, associée à un ronfle-

ment nocturne et une rhinolalie fermée sans dyspnée ni dysphonie. Il n'y avait pas d'altération de l'état général. L'examen physique a objectivé un bombement du palais du côté droit avec refoulement en avant et en dedans de la tonsille palatine et du pilier antérieur homolatéral (Fig 1).

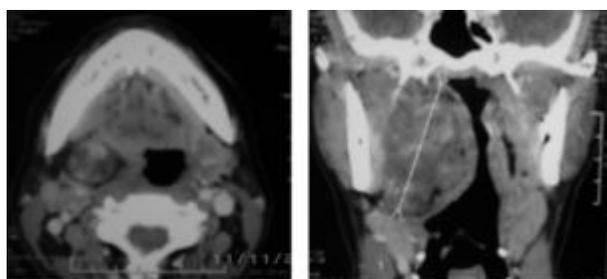


**Fig. 1 : Vue endobuccale de la tumeur : refoulement de l'amygdale droite en dedans.**

L'endoscopie nasale a montré un bombement régulier de la paroi postéro-latérale droite du cavum. L'examen du cou n'a pas trouvé de tuméfaction. Le reste de l'examen ORL et somatique était sans anomalies.



La TDM cervicale a montré une masse tissulaire bien limitée de 6 cm de grand axe, préstylienne droite en dedans de l'angle mandibulaire et séparé du lobe profond de la parotide par un liséré graisseux. Cette masse se rehausse de façon hétérogène après injection de produit de contraste. Il n'y avait pas de lyse osseuse (Fig 2).



**Fig. 2 : TDM cervicale (a) coupe axiale (b) coupe coronale : masse bien limitée occupant l'espace préstylien droit.**

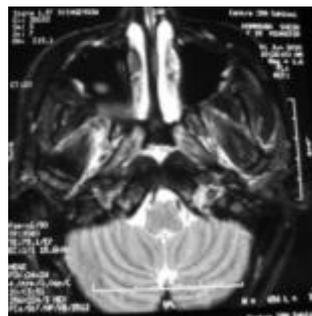
L'IRM a montré une masse bien limitée hétérogène, en iso-signal T1 et hyper-signal T2 se rehaussant de façon intense après injection de Gadolinium (Fig 3).



**Fig. 3 : IRM cervicale en séquence T2 : masse en hypersignal hétérogène de l'espace parapharyngé indépendante de la glande parotide.**

Le diagnostic d'une tumeur bénigne a été posé. La chirurgie a été indiquée. La patiente a été opérée par voie trans-orale, après une incision verticale en avant du pilier antérieur s'étendant de l'hémivoile droit au sillon pelvilin-gual. Après exposition de la masse, l'accouchement de la tumeur était facile et l'exérèse était complète.

L'examen extemporané de la pièce opératoire était en faveur d'un adénome pléomorphe. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique définitif a conclu à un adénome pléomorphe. On n'a pas noté de récurrence après un recul de 2 ans (Figure 4).



**Fig. 4 : IRM cervicale en séquence T2 : Aspect post-opératoire : Absence de récurrence tumorale.**

#### DISCUSSION :

Les tumeurs de l'espace para-pharyngé sont caractérisées par une grande diversité histologique expliquée par les différentes structures contenues dans cet espace (7). Les tumeurs de l'espace rétrostylien sont dominées par les tumeurs nerveuses (schwannomes, neurofibromes) (4), alors que celles de l'espace préstylien sont dominées par les tumeurs des glandes salivaires. L'adénome pléomorphe en est le type histologique le plus fréquent (5, 7). L'expression clinique est tardive vue sa localisation profonde. Le délai moyen de consultation est de 9 mois dans la littérature (8), pour notre patiente le délai était de 2 ans. Les tumeurs de l'espace parapharyngée sont découvertes le plus souvent devant une masse intra-orale ou cervicale. Les autres signes retrouvés sont corrélés à l'effet de masse qu'exerce la tumeur sur les structures adjacentes telle la dysphagie, la gêne pharyngée, la rhinolalie et le ronflement. Le syndrome d'apnées de sommeil a été aussi décrit. L'examen physique est pauvre. Il retrouve habituellement une masse intra orale non battante recouverte d'une muqueuse lisse refoulant l'amygdale en dedans (3, 9, 10).

Les tumeurs de l'espace parapharyngé posent souvent un problème diagnostique. Le scanner et l'IRM sont nécessaires pour le diagnostic topographique et pour orienter l'enquête étiologique (2, 11).

La TDM sans et avec injection de produit de contraste est l'examen de première intention. Elle permet d'étudier les rapports de la tumeur avec la base du crâne, d'étudier sa vascularisation et de préciser son origine pré ou rétrostylienne (11). Dans notre cas, l'origine préstylienne a été confirmée par la TDM en montrant une masse bien limitée se projetant en avant de l'axe vasculaire.

La TDM permet de distinguer un adénome pléomorphe développé aux dépens de lobe profond de la parotide d'un adénome pléomorphe des glandes salivaires accessoires (12). Ceci est mieux étudié à l'IRM, en mettant en évidence sur les coupes en pondérances T2, un liséré



graisseux séparant la tumeur du lobe profond de la parotide en cas d'adénome pléomorphe primitif des glandes salivaires accessoires (13). La sensibilité de l'IRM dans le diagnostic topographique des tumeurs salivaires de l'espace parapharyngé varie entre 95% et 100%

(11, 14). L'aspect typique de l'adénome pléomorphe à l'IRM est une masse en isosignal T1, hypersignal T2 avec un contour festonné (15).

Après avoir éliminé une tumeur vasculaire par l'imagerie, la cytoponction à l'aiguille fine est d'un grand apport diagnostique. Elle peut être pratiquée par voie intra-orale ou percutanée guidée par le scanner ou l'échographie (8). La cytoponction intra-orale est moins sensible que la cytoponction percutanée (90% à 95% contre 78% à 86%) (16). Elle n'a pas été pratiquée pour notre patiente. Les biopsies par voie intra-orale ou par cervicotomie sont à proscrire vu le risque d'effraction de la capsule tumorale augmentant ainsi le risque de récurrence (1).

Le traitement des tumeurs parapharyngées est chirurgical. Plusieurs voies d'abord ont été décrites. Le choix dépend de la taille de la tumeur, de son siège, de ses rapports avec les structures vasculo-nerveuses avoisinantes et de l'expérience du chirurgien. La meilleure voie d'abord doit permettre une bonne exposition afin d'identifier et de protéger les structures vasculo-nerveuses tout en assurant une exérèse complète de la tumeur (17, 18).

La voie d'abord élective est la voie cervicale trans-parotidienne (8). La voie trans-orale est réservée aux petites tumeurs indépendantes de la glande parotide (9).

Pour notre patiente, nous avons opté pour la voie trans-orale, vu l'aspect bénin de la tumeur et sa localisation extra-parotidienne. Le seul inconvénient était la taille de celle-ci. L'exérèse était complète avec des suites post-opératoires simples.

Cette voie a été décrite pour la première fois par Ehrlich en 1950 (19) pour les tumeurs extra-parotidiennes non vasculaires de petite taille. Elle est sujette à beaucoup de critiques ; en effet l'espace de travail réduit donne un mauvais contrôle des structures vasculo-nerveuses et entrave l'exérèse complète des tumeurs. Elle peut être associée à la voie cervicale permettant ainsi de contrôler la partie profonde de la tumeur (20,21). La voie trans-orale donne moins de complications postopératoires selon Carrau et al (17).

Le taux de récurrence postopératoire des adénomes pléomorphes est de 5% dans la littérature (22). Il peut être dû à une fragmentation de la tumeur lors de son exérèse (18).

## CONCLUSION

La prise en charge des adénomes pléomorphes de l'espace parapharyngé nécessite un bilan radiologique complet (TDM et IRM). Leur traitement est chirurgical. La distinction entre les tumeurs des glandes salivaires accessoires et les tumeurs du lobe profond de la parotide est nécessaire pour orienter le choix de la voie d'abord à adopter.

## REFERENCES

- Sergi B, Limongelli A., Scarano E., Fetoni A.R., Paludetti G. Giant deep lobe parotid gland pleomorphic adenoma involving the parapharyngeal space. Report of three cases and review of the diagnostic and therapeutic approaches. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2008 ; 28 : 261-5.
- Hakeem AH, Hazarika B, Pradhan SA, Kannan R. Primary pleomorphic adenoma of minor salivary gland in the parapharyngeal space. *World J Surg Oncol.* 2009 ; 7 : 85.
- Bozza F, Vigili M.G., Ruscito P., Marzetti A., Marzetti F. Surgical management of parapharyngeal space tumours: results of 10-year follow-up. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2009; 29: 10.
- Pang KP, Goh CH, Tan HM. Parapharyngeal space tumours: An 18 year review. *J Laryngol Otol.* 2002; 116: 170.
- Morita N., Miyata K., Sakamoto T., Wada T. Pleomorphic adenoma in the parapharyngeal space. *J Oral Maxillofac Surg.* 1995; 53: 605-610.
- Varghese BT, Sebastian P, Abraham EK, Mathews A. A case report: Pleomorphic adenoma of minor salivary gland in the parapharyngeal space. *World J Surg Oncol* 2003; 1:2.
- Varghese BT, Sebastian P, Abraham EK, Mathews A. Pleomorphic adenoma of minor salivary gland in the parapharyngeal space: A case report. *World J Surg Oncol.* 2003; 1: 2.
- Ruiz-Laza L., Hernandez-Guisado JM, Gutierrez-Perez JL. Giant pleomorphic adenoma in the parapharyngeal space: report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 64: 519-23.
- Makeieff M., Quaranta N., Guerrier B. Tumeurs parapharyngées. *Encycl Méd Chir Otorhinolaryngol.* 2000; 20-605-C-10.
- Shahinian H., Dornier C., Fisch U. Parapharyngeal space tumors: the infratemporal fossa approach. *Skull Base Surgery.* 1995; 5(2): 73-81.
- Miller FR, Wanmaker JR, Lavertu P, et al. Magnetic resonance imaging and the management of parapharyngeal space tumours. *Head Neck.* 1996; 18 : 67.
- Billier H, Som P, Lawson W. Tumors of the parapharyngeal space, preoperative evaluation, diagnosis and surgical approaches. *Ann Otolrhinolaryngol* 1981 ; 90 (1 pt 4) ; 3-15.
- Shin JH, Lee HK, Kim SY, Choi CG, Suh DC. Imaging of parapharyngeal space lesions: focus on the prestyloid compartment. *Am J Roentgenol.* 2001; 177: 1465-70.
- Bouilloud F., Jégoux F., Caze A., Godey B., Le Clech G. Tumeurs parapharyngées : diagnostic et traitement. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* 2008; 125: 181-7.
- Som PM, Stollman AL, Biller HF, Lawson W. Common tumors of the parapharyngeal space: refined imaging diagnosis. *Radiology.* 1988; 169: 81-5.
- Yousem DM, Sack MJ, Scanlan KA. Biopsy of parapharyngeal space lesions. *Radiology.* 1994; 193: 619.
- Carrau RL, Myers EN, Johnson JT. Management of tumors arising in the parapharyngeal space. *Laryngoscope.* 1990 ; 100, 6: 583-9.
- Pang KP, Goh CH, Tan HM. Parapharyngeal space tumours: An 18 year review. *Laryngol Otol* 2002; 116: 170.
- Ehrlich H. Mixed tumors of the pterygomaxillary space; operative removal; oral approach. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1950 ; 3, 11 :1366-71.
- McElroth DC, Remine WH, Devine KD. Tumours of the parapharyngeal region. *Surgery Gynecology and Obstetrics.* 1963; 116 : 88-6.
- Goodwin WJ, Chandler JR. Transoral excision of lateral parapharyngeal space tumors presenting intraorally. *Laryngoscope.* 1988; 98, 3 : 266-9.
- Malone JP, Agrawal A, Schuller DE. Safety and efficacy of transcervical resection of parapharyngeal space neoplasms. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2001; 110: 1093.