

Lipome parotidien : A propos d'un cas et revue de la littérature

A. Laghrib, O. Oulghoul, H. Bouziti, M. Chehbouni, Y. Lakhdar, O. Benhoummad Y. Rochdi, A. Raji
Service ORL et CCF – CHU Mohammed VI Marrakech (Maroc)

Introduction

Les lipomes sont des tumeurs bénignes des tissus mous, siégeant le plus souvent au niveau de la partie haute du dos, l'abdomen et aux épaules [1]. Leur localisation parotidienne est rare et représente 1,5 % des tumeurs de la région [2]. Histologiquement, il s'agit d'une prolifération adipocytaire encapsulée dans du tissu fibreux. Nous rapportons ici un cas très rare de lipome développé aux dépend des deux lobes de la glande parotide.

Objectifs

On se propose à partir de ce travail de préciser le profil épidémiologique de cette pathologie, préciser l'apport de l'imagerie dans le diagnostic, et discuter les modalités de l'exérèse chirurgicale.

Méthodes et Matériels

Nous rapportons l'observation d'un cas rare d'un lipome au niveau des deux lobes de la glande parotide au CHU Mohammed VI de Marrakech

Résultats

Un patient âgé de 72 ans, sans antécédents pathologiques notables, consultait pour une tuméfaction de la région parotidienne droite évoluant progressivement depuis deux ans. A l'examen clinique, on a objectivé la présence d'une masse localisée de consistance molle, mobile et indolore mesurant approximativement 3cm de grand axe. Le canal de Sténon est libre et la salive est claire. Il n'y avait pas d'asymétrie faciale, et le reste de l'examen ORL était sans particularité, notamment pas d'adénopathies cervicales.

Une échographie parotidienne réalisée initialement a montré la présence d'une formation kystique au sein de la portion superficielle de la glande parotide droite, mal limitée à paroi fine, à contenu hypoéchogène hétérogène, non vascularisée au Doppler couleur, fusant vers la portion profonde qui était difficilement caractérisable d'où la nécessité de compléter par une IRM parotidienne. Cette dernière a mis en évidence un processus lésionnel du lobe superficiel de la parotide droite étendu au lobe profond, mesurant 4,5 cm de grand axe, ovalaire, bien limité, de contours réguliers, homogène, décrit en hyper signal T1 et T2, s'effaçant après saturation de graisse, non rehaussé après contraste en rapport avec un lipome parotidien. (figure 1).

L'intervention chirurgicale (figure 2) reposait sur la voie externe avec incision de Redon suivie d'une dissection et préservation du tronc du nerf facial avec résection complète de la tumeur comprise dans une parotidectomie totale.

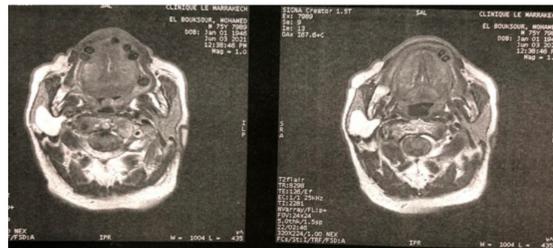


Figure 1 : LL'imagerie par résonance magnétique confirme la présence d'un processus tissulaire intraparotidien homogène et de nature lipomateuse



Figure 2: Abord chirurgical de la lésion

En effet, l'étude histologique a permis de confirmer le diagnostic révélant un lipome dissociant le parenchyme salivaire parotidien sans signes de malignité. Durant le suivi, le patient a présenté une paralysie faciale du territoire inférieur qui a régressé au bout de quelques jours.

Discussion

Les lipomes de la région cervico faciale sont rares et surviennent souvent dans le triangle cervical postérieur et la face. Ils sont dans la majorité des cas superficiels, sous-cutanés. Ils représentent moins de 5% de toutes les tumeurs bénignes de la glande parotide [3]. On note une prédominance masculine, avec un sexe ratio de 4/1. Ils surviennent généralement entre 40 et 50 ans [4]. Leur développement s'effectue à partir du tissu graisseux de la glande. Parfois ils refoulent et infiltrent le parenchyme glandulaire. Contrairement à une lipomatose qui correspond à une infiltration graisseuse diffuse de la glande salivaire, généralement bilatérale, symétrique et caractérisée histologiquement par l'absence de capsule fibreuse [5, 6]. Leur croissance lente et non infiltrante en fait une tumeur peu symptomatique. On note souvent une déformation du relief préauriculaire et parfois des douleurs fugaces dues à la tension de la loge glandulaire. Citons un exemple rare de paralysie faciale survenue dans un cas atypique de lipome parotidien du lobe superficiel [7]. De plus, aucun signe clinique ne les distingue des autres tumeurs bénignes de la parotide ; seule l'exérèse chirurgicale apportera un diagnostic de certitude.

Les examens complémentaires sont nombreux mais pas toujours utiles. La cytoponction à l'aiguille fine peut orienter le diagnostic quand elle est positive (lésion néoplasique) mais est riche en faux-négatifs n'excluant en aucun cas une tumeur maligne [8]. L'échographie permet de distinguer un processus intra ou extra glandulaire, et de voir la nature solide ou liquide de la lésion sans pour autant apporter un diagnostic spécifique. La tomographie apporte une aide précieuse au diagnostic, en montrant une masse parotidienne homogène, bien encapsulée, de densité négative entre -50 et -100 unités Hounsfield [8]. L'imagerie par résonance magnétique est actuellement l'examen de choix dans l'exploration de la pathologie tumorale des glandes parotides avec une plus grande sensibilité et spécificité

Conclusion

Les lipomes de la parotide sont rares, ceux localisés aux deux lobes sont exceptionnels. L'imagerie par résonance magnétique reste l'examen complémentaire de choix, qui permet grâce à une étude multiplanaire et une résolution spatiale de caractériser une lésion parotidienne et d'apprécier ces rapports. Cependant, seule la chirurgie permet un diagnostic histologique de certitude, malgré des modalités controversées

Références

1. Baker SE, Jensen JL, Correll RW. Lipomas of the parotid gland. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1981;52(3):167-7.
2. Houston GD, Brannon RB. Lipoma of the parotid gland. *Oral Surg Med Oral Pathol*1985;60:72—4.
3. Kimura Y, Ischikawa N, Goutsu K., Kishimoto S. Lipoma in the deep lobe of the parotid gland: a case report. *Auris Nasus Larynx.* 2002;29:391-3.
4. Barnes L. Tumours and tumour like lesions in head and neck, Surgical pathology of head and neck. New York: Marcel Dekker Inc. 1985;56(1):747-58.
5. Srinivasan V, Ganesan S, Premachandra J. Lipoma of the parotid gland presenting with facial palsy. *J Laryngol Otol.* 1996; 110(2):93-5.
6. Enzinger FM, Weiss SW. In: *Benign lipomatoustumours.* St Louis, Missouri: Mosby. 1995; 3:381-430.
7. Srinivasan V, Ganesan S, Premachandra J. Lipoma of the parotid gland presenting with facial palsy. *J Laryngol Otol* 1996;110: 93—5.
8. Lau T, Balle VH, Bretlau P. Fine needle aspiration biopsy in salivary gland tumours. *Clin Otolaryngol* 1986;11:75—7.