

INTRODUCTION

Décrit comme une tumeur maligne rare des glandes salivaires accessoires, plus particulièrement au niveau de l'os palatin, le diagnostic de carcinome mucoépidermoïde (CME) reste difficile à évoquer en raison de la rareté des signes cliniques et de l'évolution insidieuse.

L'objectif de cette étude de cas est de discuter de la manifestation clinique, du diagnostic, du traitement et du plan de suivi de ce cas.

L'objectif de cette étude de cas est de discuter de la manifestation clinique, du diagnostic, du traitement et du plan de suivi de ce cas rare de Carcinome muco-épidermoïde du palais;

RÉSULTATS

Une patiente de 39 ans, sans antécédents pathologiques, qui s'est présentée pour une tuméfaction indolore du palais évoluant depuis 4 ans et provoquant des difficultés de déglutition sans aucun autre signe. L'examen clinique a révélé une masse légèrement brunâtre indolore dans la partie postérieure du palais dur droit, lobulée, ferme, bien limitée, non battante, sans expression endonasale ni ganglion cervical (figure 1). Le Scanner avec injection de PDC a révélé une masse tissulaire sur la partie droite du palais osseux, avec des contours lobulés mesurant 30x26 mm, qui est spontanément isodense avec un rehaussement modéré, homogène et en effet responsable d'une lyse de la partie inférieure du palais osseux. Le scanner a également révélé la présence d'adénopathies jugulocarotidiennes hautes bilatérales, la plus grande mesurant : 30x20, 5 mm du même côté que la tumeur. La biopsie de la lésion a confirmé le diagnostic de carcinome mucoépidermoïde du palais, à la suite de quoi une excision chirurgicale large avec marges libres adjacentes a été réalisée. Le traitement chirurgical complémentaire consistant en un curage ganglionnaire fonctionnel bilatéral des groupes I, II et III . Le suivi de la patiente a montré une bonne amélioration de l'état local au bout de 18 mois (Figure 4) après 36 séances de radiothérapie et sans signe de récurrence sur le scanner de contrôle avec mise en place d'une prothèse palatine obturatrice pour améliorer la qualité de vie dans l'attente d'un lambeau palatin (Figure 5).

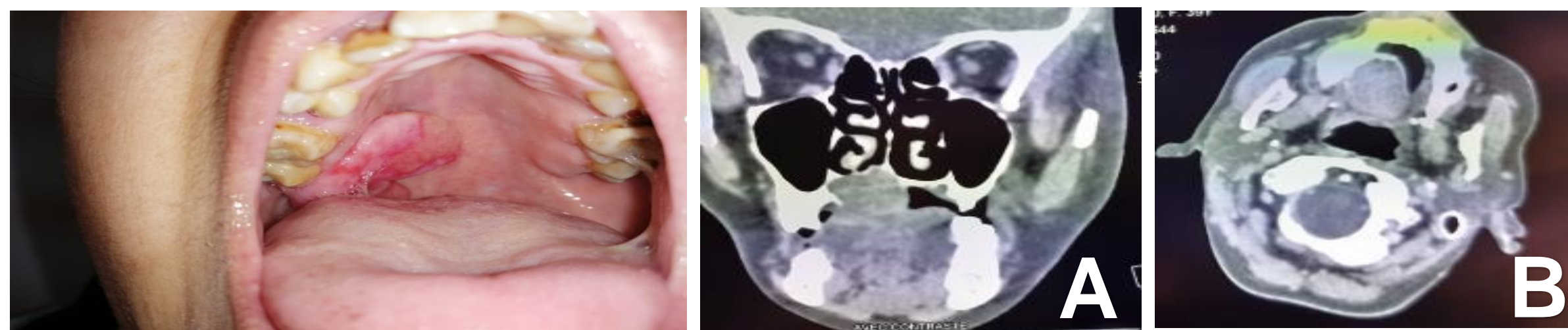


Figure 1 : tumeur de la partie postérieure du palais dur droit **Figure 2** : TDM (A) Coupes coronale et axiale (B)

RÉSULTATS

Figure 4 :18 mois après l'opération avec complément de radiothérapie.



Figure 5 : (A) La prothèse palatine obturatrice ; et (B) sa mise en place sur le palais après cicatrisation.

DISCUSSION

Les glandes salivaires principales sont les plus fréquemment touchées du carcinome mucoépidermoïde dans 60% des cas, tandis que les glandes mineures sont touchées dans 35% des cas. La localisation parotidienne est la plus fréquente dans 48 % des cas, suivie par les glandes submandibulaires et sublinguales. La localisation dans la muqueuse buccale et le palais reste rare. Le diagnostic différentiel s'illustre essentiellement dans le carcinome à cellules acineuses et carcinome myoépithélial, l'adénocarcinome à cellules claires, le mélanome ou même le sarcome de Kaposi. La chirurgie reste le traitement de choix, reposant sur l'excision totale de la tumeur avec des marges macroscopiques et des marges d'excision osseuse. Une marge d'excision saine de 1 cm est recommandée car ces néoplasmes ont un taux de croissance lent et ne s'infiltrant généralement pas. Dans ce cas clinique, nous avons associé une dissection bilatérale des ganglions lymphatiques des groupes I, II et III , compte tenu de la localisation paramédiane de la tumeur et de l'invasion osseuse. La radiothérapie postopératoire doit être associée car elle améliore le pronostic et réduit les récurrences.

CONCLUSION

Le carcinome muco-épidermoïde des glandes salivaires accessoires est une tumeur rare, d'origine actuellement incertaine. La chirurgie est le traitement de référence. Le diagnostic précoce permet d'éviter une chirurgie délabrante. Le suivi clinique et radiologique rigoureux est nécessaire pour ce type de tumeur.

RÉFÉRENCES

1. Marques KD, Andrade FR, Castro LA, Vêncio EF, Mendonça EF, Ribeiro-Rotta RF, et al. Slow_x0002_growing palatal mass: a challenging differential diagnosis. J Oral Maxillofac Surg. 2010;68(8):1884
2. Rice DH. Malignant salivary gland neoplasms. Otolaryngol Clin North Am. 1999;32(5):875-86.