

## Introduction

La fréquence globale de récurrence après chirurgie de l'AP parotidienne est estimée entre 0,5 % et 40 % selon différentes séries de la littérature.

## Objectifs

Etudier les aspects cliniques et paracliniques des adénomes pleomorphes récidivants de la glande parotidienne et de discuter les modalités thérapeutiques et évolutives.

## Méthodes et Matériels

Etude rétrospective ayant colligé 73 patients opérés d'un adénome pleomorphe de la glande parotidienne sur une période de 22 ans (2000-2021). Durant notre période d'étude, 71 patients ont été opérés d'emblée pour un adénome pleomorphe et 2 cas ont été opérés auparavant dans d'autres établissements pour récurrence tumorale. Parmi ceux opérés de 1ère intention, 3 cas de récurrence ont été notés (4,22%). Nous avons relevé les caractéristiques de ces 5 patients. Le nerf facial était identifié en utilisant le neuromonitoring dans 3cas.

## Résultats

Tableau I: Tableau récapitulatif des caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques.

Sexe	Age	Intervention initiale	Histologie initiale	Délai 1ère récurrence	Nb de récurrence	Examens paracliniques	Chirurgie de la récurrence	Evolution (recul)
1 Homme	33	Parotidectomie exo faciale	AP hyper cellulaire	3 mois	1	Echographie : Formation kystique hypo échogène hétérogène de 1 cm.	Exérèse sous anesthésie locale	Pas de récurrence (6 mois)
2 Femme	17	Enucléation	AP à stroma abondant	2 ans	1	-Echographie : multiples formations contiguës au contact du pôle inférieur -Cytoponction : récurrence	Complément de parotidectomie exo faciale.	Pas de récurrence (3 mois)
3 Femme	12	Parotidectomie totale conservatrice	AP à stroma abondant	6 ans	1	Cytoponction : récurrence	Refuse la chirurgie	Perdue de vue
4 Homme	23	Parotidectomie exo-faciale	AP hyper cellulaire avec capsule envahie	5 ans	3	-IRM : multiples formations aux dépend du lobe superficiel, profond, para-pharyngée, massétérien et cervical postérieur. -Cytoponction : récurrence	Parotidectomie exo faciale, profonde, para-pharyngée et cervicale (Figure 1).	Pas de récurrence (18 mois)
5 Homme	37	Parotidectomie exo-faciale	AP hyper cellulaire avec rupture capsulaire	2 ans	2	IRM : récurrence de 35 mm avec reliquat tumoral superficiel (figure 2)	Complément de parotidectomie profonde	Perdu de vue

## Conclusion

Le risque de récurrence de l'adénome pleomorphe impose un suivi post opératoire prolongé. La conduite thérapeutique face à une récurrence de l'adénome pleomorphe de la glande parotidienne reste toujours un problème d'actualité.

## Résultats

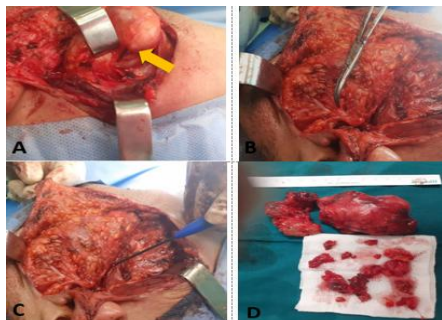


Figure 1: (A) : Portion récidivante de l'adénome pleomorphe au niveau de la région cervicale (sous digastrique), (B et C) : nerf facial et ses branches (identifiés par la sonde de neuromonitoring), (D) : Pièce de parotidectomie exo faciale, profonde, para-pharyngée et cervicale.

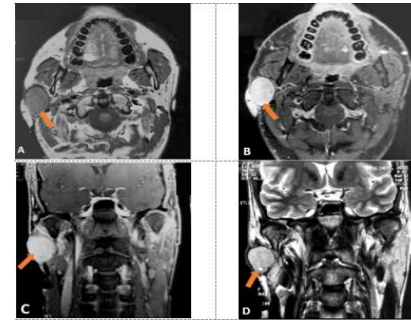


Figure 2: IRM en coupes axiales T1 (A) et T1 injecté (B), en coupes coronales T1 injecté (C) et T2 (D) montrant un reliquat tumoral de 35 mm situé au niveau du lobe superficiel restant en hypo signal T1 avec prise de contraste homogène et en hyper signal T2 évoquant une récurrence.

### - Histologie définitive: tableau II

- Les suites post opératoires: paralysie faciale périphérique persistante dans un seul cas.

- Evolution: absence de récurrence

Cas	Nodules	Capsule	Stroma	Cellularité	Nodules satellites	Atypies cyto-nucléaires
1	Unique kystique	Présente	Myxoïde lâche	Hyper cellulaire	Non	Non
2	3 nodules contigus	Incomplète / limite tumorale par endroit	Clondro-myxoïde très abondant	Hypo cellulaire	Micro nodules satellites	Non
3	Unique	Présente	Myxoïde abondant	Hypo cellulaire	Non	Non
4	Récurrence massive multiple	Absente	Myxoïde lâche	Hyper cellulaire	Nodules satellites	-
5	récurrence sous forme de 3 nodules	Absente	myxoïde	AP hyper cellulaire	Non	Non

Tableau II: tableau récapitulatif des caractéristiques histologiques des adénomes pleomorphes récidivants

### Discussion:

- Le risque de récurrence est lié à :
- La chirurgie initiale par énucléation.
- Présence d'une rupture capsulaire, des limites d'exérèse incomplètes, des pseudopodes ou des nodules satellites distants.
- L'AP hypo cellulaire est considéré pour certains à plus haut risque de récurrence. Certains suggèrent que l'AP de type hyper cellulaire possède une activité proliférative plus élevée et prédispose plus à la récurrence. Par contre, certains auteurs ne montrent aucune signification du sous-type cellulaire.
- Les récurrences se présentent sous formes de lésions tumorales multiples souvent sous estimées à l'examen physique.
- L'IRM est l'examen pré opératoire de choix.
- La conduite thérapeutique reste toujours un problème d'actualité et la prise en charge est souvent délicate, chirurgicalement complexe et met en jeu le pronostic fonctionnel du nerf facial pour une lésion qui reste toutefois bénigne.