

Carcinome adénoïde kystique de la glande salivaire mineure au niveau du palais dur

Auteurs : Rakotoarivony AE¹, Rakotoarison RA¹⁻², Randriamanantena T², Ranaivoson TAH¹, Rakoto Alson S³, Rakoto FA⁴.

¹ Département de Chirurgie, IOSTM, CHU de Mahajanga,

² Service ORL et Chirurgie Cervico-Maxillo-Facial, CENHOSOA Antananarivo.

³ Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale, CHU d'Antananarivo,

⁴ Département de Parodontologie, IOSTM, CHU de Mahajanga,

Auteur correspondant : RAKOTOARIVONY Andrianony Emmanuel,
Département de Chirurgie, IOSTM, Université de Mahajanga.
e-mail : mano.rakotoarivony@gmail.com

Résumé

Ce travail rapporte un cas clinique de carcinome adénoïde kystique d'une glande salivaire mineure au niveau du palais dur, et dont les objectifs sont de décrire les aspects cliniques et d'étudier l'étiologie probable de cette tumeur chez une femme âgée de 40 ans, vendeuse de brochettes de viande.

L'évolution assez lente, la conservation de l'état général, l'absence de métastase et d'adénopathie à caractère suspect constituent des signes trompeurs vis-à-vis de la malignité de cette tumeur.

Bien que l'étiologie exacte n'ait pas été déterminée avec certitude, les facteurs de risque étaient constitués entre autres par les contacts répétés à la haute chaleur des grillades, les microtraumatismes chroniques; à cela s'ajoutent les diverses toxicité des substances cancérigènes telles que les amines aromatiques hétérocycliques et les hydrocarbures aromatiques polycycliques auxquelles la patiente était exposée tous les jours et pendant plusieurs années.

Le résultat aurait pu être meilleur si la maladie était diagnostiquée à temps : le rôle du personnel de la santé, et surtout du chirurgien dentiste, est ainsi primordial dans le dépistage précoce d'une telle maladie, pour éviter une mutilation chirurgicale presque toujours incontournable.

Mots clés : carcinome adénoïde kystique, glande salivaire mineure.

Abstract

Adenoid cystic carcinoma of the minor salivary gland at the hard palate.

We report a clinical case of adenoid cystic carcinoma of minor salivary gland in the hard palate, and whose objectives are to describe the clinical aspects and study the likely etiology of this tumor in a 40 years old skewered meat saleswoman.

The relatively slow evolution, health conservation condition, the absence of metastasis to lymph nodes and suspicious nature are misleading signs against the malignancy of the tumor.

Although the exact etiology has not been determined with certainty, the risk factors were made among others by repeated high-heat grilling, chronic microtrauma contacts, in addition, there are various toxic carcinogens such as heterocyclic aromatic amines and polycyclic aromatic hydrocarbons to which the patient was exposed and daily for several years.

The result could have been better if the disease was diagnosed in time : the role of health personnel, especially the dentists, and is essential in the early detection of such a disease, to prevent almost always unavoidable surgical mutilation.

Keywords : *adenoid cystic carcinoma, minor salivary gland.*

Introduction

Anciennement appelé cylindrome, le carcinome adénoïde kystique est une tumeur rare qui se développe à partir de cellules glandulaires et se présente sous la forme de kystes à la surface de la glande atteinte. Parmi tous les carcinomes adénoïdes kystiques, 50% surviennent dans les sites intra-oraux, avec une prédilection certaine pour la partie postéro-latérale du palais [1].

En règle générale, le carcinome adénoïde kystique a une progression lente, et est rarement responsable de métastase. Au niveau des glandes salivaires, les glandes mineures sont les plus touchées.

Il représente 10% de toutes les tumeurs salivaires et sa localisation palatine est de 12% [2].

Dans cette étude, nous rapportons un cas de carcinome adénoïde kystique évoluant dans la partie antéro-latérale droite du palais dur.

L'étude a été effectuée au sein du Centre de Soins et de Traitements dentaires de l'Institut d'Odonto-Stomatologie Tropicale de Madagascar - Mahajanga pour la consultation, et au Centre Hospitalier de Soavinandriana Antananarivo pour les examens paracliniques, le bilan d'extension et l'intervention chirurgicale.

Les objectifs de cette étude sont de décrire ce cas de carcinome adénoïde kystique et d'étudier l'étiologie probable de cette affection.

Observation

Il s'agit d'une étude descriptive d'un cas clinique d'un carcinome adénoïde kystique d'une glande salivaire mineure au niveau du palais dur chez une femme de 40 ans, vendeuse de brochettes, originaire de Mahajanga.

La maladie a débuté, quatre ans avant notre observation, par l'apparition d'un petit bouton au niveau de la partie antéro-latérale droite du palais dur, dont le volume augmentait de façon lente, sans douleur, ni saignement.

Deux années plus tard, gênée lors de la mastication, la patiente était venue consulter dans un centre hospitalier à Antananarivo. Une biopsie a été faite ; le résultat de l'examen anatomo-pathologique était « *aspect histologique de carcinome adénoïde kystique, incomplètement excisé* ».

L'intervention chirurgicale n'a pas pu être faite à ce moment, car elle était enceinte.

Aucun traitement médical n'a été reçu ; la patiente a pris du « *tambavy* » (décoction à base de plantes) et appliquait du « *tanimanga* » (argile) sur la peau.

Au fur et à mesure de l'augmentation de volume de la tumeur, des signes d'obstruction nasale droite ont apparus.

Au cours de notre observation clinique, la patiente était bien portante, elle ne présentait pas d'antécédent notable. Il n'y avait pas non plus de notion de toxicité au tabac ni à l'alcool.

L'examen exo-buccal révélait une asymétrie faciale avec une tuméfaction effaçant le sillon naso-génien droit, déviant la pyramide nasale et soulevant l'aile narinaire droite. La tuméfaction était de consistance ferme ; il n'y avait pas d'adénopathie palpable.



Photo 1: Aspect exo-buccal



Photos 2 et 3: Aspect exo-buccal (lèvres écartés et bouche ouverte)

L'examen endobuccal montrait une tumeur au niveau du palais dur, d'apparence allongée d'avant en arrière avec bourgeonnement ulcéré au niveau du contact avec les incisives inférieures. Il n'y avait pas de saignement. Les dents n'étaient pas en occlusion ; les dents antéro-supérieures étaient déplacées, mobiles, avec présence de diastèmes inter-dentaires. La tumeur était indurée, ferme, macroscopiquement bien délimitée et ne saignait pas au contact.

Le scanner et l'IRM n'ont pas pu être faits, faute de moyen.

L'examen hématologique révélait une légère anémie hypochrome avec microcytose (Hb : 9,8g/dl ; CCMH : 28,9g/dl ; VGM : 67,8 μ^3).

Comme bilan d'extension, la radiographie du thorax était normale (absence de lésion pleuro-parenchymateuse d'allure métastatique) ; l'échographie cervicale et abdomino-pelvienne montrait une présence de quelques images bilatérales de ganglions latéro-cervicaux de taille infra-centimétrique et de forme ovale (*ne présentant pas de volume significatif ni de caractère suspect*), il n'y avait pas de lésion suspecte sous-diaphragmatique, ni rétro-péritonéale.

Après consentement de la malade, le traitement proposé consistait en une exérèse chirurgicale large de la tumeur sous anesthésie générale, suivie d'une radiothérapie et d'une prothèse dento-maxillaire.



Photos 3 et 4 : états en per opératoire



Photos 4 et 5 : pièce opératoire



Photo 6 : au 15^{ème} jour



Photo 7 : au 21^{ème} jour

Les suites opératoires étaient sans problème majeur, l'alimentation se faisait par sonde naso-gastrique pendant les deux premières semaines post opératoires.

Sa situation financière a obligé la patiente à demander une sortie de l'hôpital pour s'approvisionner, mais elle n'était plus revenue.

Discussion

Cette observation nous a permis de confirmer l'évolution clinique assez lente du carcinome adénoïde kystique au niveau du palais. En effet, la maladie évoluait pendant quatre années sans traitement médical approprié. Cette fausse lenteur

constituait déjà un signe trompeur vis-à-vis de la malignité de la tumeur ; les signes fonctionnels étaient pauvres, au début, seule la gêne à la mastication constituait le motif de la consultation.

Au fur et à mesure de l'augmentation de volume de la tumeur, les dents supérieures et inférieures n'étaient pas en occlusion. Le traumatisme induit par la mastication constituait ainsi un facteur aggravant l'évolution de la maladie.

Au moment de la consultation, la patiente était apparemment en bonne santé générale ; ce qui constitue également un autre signe trompeur, alors que l'examen hématologique révélait une anémie.

Pour les cancers buccaux, les facteurs de risque les plus évoqués sont l'alcoolotabagisme associé à une mauvaise hygiène buccodentaire et les microtraumatismes répétés. L'interrogatoire n'a révélé aucune notion de tabagisme ni d'alcoolisme chez notre patiente ; l'hygiène buccodentaire était assez bonne.

Le fait marquant est que notre patiente était une vendeuse de brochettes depuis son très jeune âge. Chaque soir, en attendant les clients, elle avait l'habitude de « gouter » à ses brochettes de viande tant que celles-ci étaient encore très chaudes et les garder longtemps en bouche, plaquées contre le palais. Son palais recevait alors au même endroit la chaleur élevée des grillades, tous les jours et pendant des dizaines d'années, ce qui constituerait un

facteur non négligeable à des modifications histologiques au niveau de cette zone [3].

Cette éventualité a été rapportée dans la littérature, notamment dans l'apparition de cancer oro-pharyngé et de l'œsophage consécutif à la consommation d'aliments ou de boisson à haute température [4]. La cavité buccale, plus particulièrement le palais, constitue la première zone exposée à ces lésions thermiques au niveau du tube digestif. De ce fait, des traumatismes physiques et thermiques répétés ce niveau, constitueraient des facteurs de risques contre le bon fonctionnement de glandes salivaires mineures. A cela s'ajoutent les diverses toxicité des produits de dégradations des grillades (brochettes de viande), notamment l'effet nocif de l'amine aromatique hétérocyclique (HAA) qui est une substance dangereuse retrouvée dans la viande grillée [5]. A cet effet toxique de l'HAA, vient s'ajouter l'action nocive des hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) [6] qui se forment lorsque la graisse des viandes tombe en gouttes sur les braises avant d'être déposées sur les aliments par la fumée et par les flammes. Mis à part donc l'effet thermique des grillades, notre patiente s'est exposée tous les jours et pendant de longues années à ces substances qui sont reconnues comme cancérigènes.

Conclusion

D'après la littérature, le carcinome adénoïde kystique est une tumeur épithéliale relativement rare des glandes salivaires majeures et mineures ; il représente environ 1% de toutes les tumeurs malignes buccales et de la région maxillo-faciale. Bien qu'il présente une distribution d'âge répandue, le pic d'incidence se produit principalement chez les femmes, entre les 5^{èmes} et 6^{ème} décennies de la vie. Les résultats cliniques et pathologiques typiques de cette tumeur comprennent la croissance lente, la récurrence locale potentielle et les métastases à distance. L'excision chirurgicale avec de grandes marges est le traitement de choix ; si elle se métastase à nodules lymphatiques, la radiothérapie postopératoire est recommandée.

Nous avons présenté un cas de carcinome adénoïde kystique d'une glande salivaire mineure au niveau du palais dur, survenant chez une patiente âgée de 40 ans.

Bien que l'étiologie exacte n'ait pas été déterminée avec certitude, nous pouvons

avancer que les facteurs de risque sont constitués entre autres par l'exposition thermique chronique, le microtraumatisme répété ; à cela s'ajoutent les diverses toxicité des produits de dégradations des grillades (brochettes de viande).

Le résultat aurait pu être meilleur si la maladie était diagnostiquée à temps : le rôle du personnel de la santé, et surtout du chirurgien dentiste, est ainsi primordial dans le dépistage précoce d'une telle maladie, pour éviter une mutilation chirurgicale presque toujours incontournable.

Au terme de cette étude, nous n'avons nullement pas l'intention de déconseiller la consommation de grillade de viande; toutefois, on doit en consommer avec modération et surtout encourager les vendeuses à bien suivre les mesures d'hygiène, pour éviter l'accumulation des produits toxiques au niveau des plaques de grillades.

Références

1. Kumar AN, Harish M, Alavi YA, Mallikarjuna R. Adenoid cystic carcinoma of buccal mucosa. *BMJ Case Rep.* 2013 Jun 11; 2013.
2. Matsuba HM, Thawley SE, Simpson JR, Levine LA, Mauney M. Adenoid cystic carcinoma of major and minor salivary gland origin. *Laryngoscope* 1984; 94: 1316-18.

3. Meerith P, Harncharoen K, Srisuphanunt M, Kaewboonchoo O. Cancer risk perception and preventive behaviors among grilled meat vendors. *J Med Assoc Thai*. 2012 Jun;95 Suppl 6:S56-60.
4. Malekzadeh R § al. Tea drinking habits and oesophageal cancer in a high risk area in northern Iran: population based case-control study. *British Medical Journal* 2009; 338:b929.
5. Alaejos M, González V, Afonso A. (2008) Exposure to heterocyclic aromatic amines from the consumption of cooked red meat and its effect on human cancer risk: A review. *Food Additives & Contaminants: Part A* 25(1), 2 – 24.
6. Jakszyn P, Agudo A, Ibáñez R, Gracia-Closas R, Pera G, Amiano P & González C. (2004) Development of a food database of nitrosamines, heterocyclic amines, and polycyclic aromatic hydrocarbons. *Journal of Nutrition* 134, 2011-2014.