



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



Article original

Tumeurs parapharyngées : diagnostic et traitement

Parapharyngeal tumors: Diagnosis and treatment

F. Bouilloud, F. Jégoux*, A. Caze, B. Godey, G. Le Clech

Service d'otorhinolaryngologie et chirurgie maxillofaciale, CHU Pontchaillou, rue Henri-Le-Guillou, 35033 Rennes cedex 9, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 29 mai 2007

Accepté le 21 mai 2008

Disponible sur Internet le
3 août 2008

Mots clés :

Tumeur

Espace parapharyngé

Voie cervicale

Adénome pléomorphe

Schwannome

Keywords:

Tumor

Parapharyngeal space

Cervical approach

Pleomorphic adenoma

Schwannoma

RÉSUMÉ

Objectifs. – Les tumeurs parapharyngées sont des tumeurs rares, et le plus souvent bénignes, dont le traitement est surtout chirurgical, mais avec des voies d'abord discutées. Nous décrivons notre expérience au niveau de la prise en charge diagnostique et thérapeutique de ce type de tumeurs. Les corrélations entre l'analyse de l'imagerie et les constatations chirurgicales sont plus particulièrement étudiées ainsi que la fiabilité de la voie cervicale pour le traitement.

Matériel et méthodes. – Une étude rétrospective des patients opérés d'une tumeur parapharyngée primitive au CHU de Rennes entre 1992 et 2004 est présentée. Neuf patients ont été inclus, tous opérés par voie cervicale.

Résultats. – Huit IRM et sept TDM ont été réalisées retrouvant deux tumeurs rétrostyliennes et six tumeurs préstyliennes dont aucune ne provenait du lobe profond de la parotide. Toutes les tumeurs étaient bénignes (cinq tumeurs salivaires et quatre schwannomes). Deux patients, présentant un adénome pléomorphe, ont récidivé et ont été réopérés avec succès. Le recul moyen est de 66 mois. Il n'y a eu aucun décès. Les complications post-opératoires définitives ont concerné uniquement les tumeurs nerveuses.

Conclusion. – La voie cervicale permet un traitement sûr des tumeurs parapharyngées rétrostyliennes et préstyliennes indépendantes de la parotide. L'exérèse de tumeurs bénignes volumineuses (8 cm dans notre série) est possible avec peu de complications. Une analyse fine de l'imagerie préopératoire est indispensable à une bonne prise en charge chirurgicale.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – Parapharyngeal space tumors are rare and usually benign. Their treatment is surgical and many approaches have been described. We report our experience in managing these neoplasms. Two points are developed more fully: the correlation between imaging and surgical observation and the reliability of the cervical approach.

Material and methods. – A retrospective review of primary parapharyngeal space tumors treated at the Rennes University Hospital between 1992 and 2004 is presented. Nine patients were included, all treated surgically with a cervical approach without parotidectomy.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : franck.jegoux@chu-rennes.fr (F. Jégoux).

0003-438X/\$ – see front matter © 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

doi:10.1016/j.aorl.2008.05.001

Results. – Eight MR imaging and seven CT scans were done. Two retrostyloid tumors and six prestyloid tumors, all independent of the deep lobe of the parotid gland, were found. They were benign in all cases (five salivary tumors and four schwannomas). Two patients treated for a pleomorphic adenoma presented recurrence and were reoperated successfully. The average follow-up was 66 months. None of the patients died. Definitive postoperative complications occurred only for neurogenic tumors.

Conclusion. – The cervical approach is safe and allows the surgical excision of retrostyloid and prestyloid tumors, independent of the deep lobe of the parotid gland. Large tumor (8 cm in our study) excision can be done with few complications. An attentive study of preoperative imaging is necessary to choose the best surgical approach.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Les tumeurs des espaces parapharyngés sont rares (0,5 % des tumeurs de la tête et du cou) [1], et le plus souvent bénignes. Elles peuvent être d'origine salivaire, développées à partir du lobe profond de la parotide ou d'une glande salivaire accessoire en position ectopique ou d'origine nerveuse ou paraganglionnaire.

Les problèmes posés par ces tumeurs sont d'ordres diagnostique et thérapeutique. La situation, profonde et difficilement accessible à une biopsie ou une cytoponction, impose une analyse fine de l'imagerie préopératoire tant sur le plan du diagnostic étiologique que topographique. Le traitement de ces tumeurs est quasi exclusivement chirurgical. Le choix de la voie d'abord dépend entre autres de la localisation précise de la tumeur. C'est l'analyse rigoureuse des examens d'imageries préopératoires qui conditionne la qualité du diagnostic et du geste chirurgical. Les voies d'abord chirurgicales sont nombreuses et ces tumeurs sont dans notre expérience préférentiellement traitées par voie cervicale.

Le but de cette étude a été de rechercher des éléments de corrélation entre l'imagerie préopératoire et un diagnostic étiologique de qualité, d'une part, et d'étudier l'efficacité du traitement de ces tumeurs par voie cervicale, d'autre part.

2. Matériel et méthode

Une étude rétrospective des patients opérés d'une tumeur parapharyngée dans le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU de Rennes entre 1992 et 2004 a été effectuée. Seules les tumeurs parapharyngées primitives ont été retenues. Il s'agissait de neuf tumeurs bénignes : quatre adénomes pléomorphes, un myoépthéliome et quatre schwannomes.

L'âge moyen des patients a été de 51 ans et deux mois, avec un sex-ratio de quatre hommes pour cinq femmes.

Six patients ont eu une TDM et une IRM, deux patients ont eu une IRM seule et un autre patient une TDM seule. Toutes les IRM initiales ont été récupérées, relues et réinterprétées de façon indépendante par deux chirurgiens du service, sauf celle d'une patiente perdue de vue. Les résultats de son IRM proviennent du compte rendu du radiologue présent dans le dossier. Seulement cinq TDM ont pu être récupérées.

Tous les patients ($n=9$) ont été opérés par voie de cervicotomie. Selon cette technique une incision cutanée

curviligne est réalisée allant de la mastoïde à la région sous-mentale. Le décollement sous-cutané est effectué dans le plan de l'aponévrose cervicale superficielle et permet de découvrir la glande submandibulaire. L'angle mandibulaire est libéré après section de la bandelette sternomandibulaire. L'axe jugulocarotidien est repéré et disséqué ainsi que le X et le XII. La glande submandibulaire est refoulée en avant permettant la visualisation de la tumeur en arrière de son pôle postérieur. Elle est disséquée progressivement pour être retirée, si possible en monobloc. Un examen anatomopathologique extemporané est réalisé.

Pour les récurrences, une voie cervicoparotidienne a été réalisée lors de la seconde intervention. Cette intervention est menée sous monitoring du nerf facial (appareil NIM II). Une incision classique de parotidectomie est réalisée, prolongée en bas et en avant en reprenant l'incision de l'intervention précédente. Le nerf facial est repéré à son émergence du foramen stylo-mastoïdien. Une parotidectomie superficielle est réalisée en disséquant les branches du nerf facial. Un évidement celluloganglionnaire de la région sous-digastrique est ensuite réalisé afin de contrôler les carotides et la jugulaire interne. L'artère carotide externe et ses deux branches terminales sont liées de part et d'autre de la parotide. La mandibule est tractée en avant par l'aide opératoire souvent après section du ligament stylo-mandibulaire. La tumeur est alors visualisée et peut être disséquée. Elle est retirée en monobloc avec le lobe profond de la parotide. Un examen anatomopathologique extemporané est réalisé.

3. Résultats

Le signe fonctionnel le plus fréquemment rencontré a été une gêne oropharyngée et/ou à la déglutition ($n=4$). Trois patients n'ont présenté aucun signe fonctionnel et la tumeur a alors été découverte fortuitement à l'examen endobuccal ($n=1$), à la palpation ($n=1$), à l'imagerie ($n=1$). À l'examen clinique, l'amygdale était déplacée vers la ligne médiane dans sept cas et une tuméfaction sous-mandibulaire a été retrouvée dans trois cas. Aucune anomalie n'a été retrouvée à l'examen de l'aire parotidienne ou au niveau des autres aires ganglionnaires.

Le bilan préopératoire a reposé sur la TDM ($n=7$) et l'IRM ($n=8$) (Tableau 1). Sur les IRM, toutes les tumeurs étaient bien limitées. La plupart ont présenté un isosignal en T1 ($n=7$),

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4105878>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4105878>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)