

TERATOME MATURE DE LA PAROTIDE : A PROPOS D'UNE OBSERVATION

MATURE TERATOMA OF THE PAROTID GLAND

A. El Korbi, K. Harrathi, R. Bouattay, N. Kolsi, A.* Zrig, R.** Hadhri, N. Krifa, E. Gassab, J. Koubaa

Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir

*Service d'imagerie médicale, hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir

**Service d'anatomie et cytologie pathologique, hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir

RESUME

Le tératome de la parotide est une malformation tumorale vestigiale rare contenant des dérivés plus ou moins différenciés, des trois feuilletts embryonnaires. A la lumière d'une nouvelle observation et des données de la littérature, on se propose de mettre l'accent sur les aspects cliniques, histologiques et thérapeutiques de cette affection exceptionnelle dans cette localisation.

Mots-clés : tératome, glande parotide, chirurgie, mature

ABSTRACT

Teratoma of the parotid is a rare remnant malformation tumor containing undifferentiated derivatives of three germ layers. Through a new observation and literature review, authors proposed to focus on the clinical, histological and treatment of this lesion in this exceptional location.

Key-words : teratoma, parotid gland, surgery, mature

INTRODUCTION

Les tératomes sont des tumeurs complexes composées d'éléments d'origines embryonnaires diverses plus ou moins différenciés. Ils apparaissent habituellement au cours de l'enfance; Leur survenue après l'âge d'un an est exceptionnelle (1). La localisation cervico-faciale est rare, se voit dans 5% (2). Quelques cas de tératome parotidien ont été rapportés dans la littérature (1). Le diagnostic est anatomopathologique. Le traitement est chirurgical.

OBSERVATION

Mlle A.I. âgée de 17 ans, sans antécédents pathologiques notables, présentant depuis deux ans une tuméfaction sous lobulaire gauche indolore, ayant augmenté progressivement de taille. L'examen physique trouve une masse de la région parotidienne gauche, sous lobulaire, de 3 cm de grand axe, de consistance molle, mobile par rapport aux deux plans avec une peau saine en regard. Par ailleurs, il n'y a pas d'adénopathies cervicales palpables. L'examen de la cavité buccale et de l'oropharynx n'a pas objectivé de bombement para-pharyngé. Il n'y avait pas d'asymétrie faciale à l'examen neurologique. Le reste de l'examen ORL et somatique était normal. L'échographie cervicale a montré une formation kystique au sein de la parotide gauche faisant 3 cm de grand axe (Figure 1). Une IRM parotidienne pratiquée, a objectivé une formation bien limitée de la parotide gauche, en hypersignal T1, hypersignal T2 avec rehaussement périphérique après injection de Gadolinium (Figure 2). La patiente a eu parotidectomie exo-faciale. En per opératoire la formation adhérait au cartilage du conduit auditif externe nous obligeant à l'emporter avec. L'examen extemporané a conclu à un aspect évoquant un tératome. Les suites postopératoires immédiates étaient simples. L'examen histologique définitif a montré une masse kystique dont la paroi renferme des follicules pilosébacés associés à des glandes sudorales des plages de tissu adipeux et des lobules de cartilage hyalin concluant au diagnostic de tératome mature de la parotide. L'évolution était favorable avec absence de récurrence après un recul de 1 an.



Figure 1 : échographie cervicale montrant une masse kystique intra-parotidienne gauche



Figure 2 : masse parotidienne bien limitée en hypersignal T1 (A), hypersignal T2 (B)

DISCUSSION

Les tératomes congénitaux sont observés dans 1/4000 naissances (3, 4,5). Ils se développent généralement au niveau de la région sacro-coccygienne et gonadique (60%) (5). Les tératomes cervico-faciaux constituent 5 à 15% des localisations (5), avec une préférence pour le cavum, l'oropharynx et le cou (6, 7). La localisation parotidienne est exceptionnelle, des cas sporadiques ont été rapportés dans la littérature (8). Le premier cas de tératome parotidien a été décrit par Shadid et al en 1975 (8). Aucune prédominance de sexe n'a été notée pour l'ensemble des tératomes de la tête et du cou. (6-1-5). Il n'y a pas d'hérédité familiale, aucune association avec un gène ou une famille de gène n'a été mise en évidence (5). Le tératome fait partie des choristomes (du grec choristos: séparé; ome: tumeur), dans le groupe des hétérotopies tissulaires. Macroscopiquement, un tératome peut être kystique, solide, ou mixte.



Il comporte des tissus étrangers à la région qui l'abrite, ressemblant à ceux qui se succèdent au cours du développement à partir des trois feuilletts embryonnaires : ectoblaste, mésoblaste et endoblaste. Les tératomes matures ne comprennent que des tissus adultes de même âge que celui du sujet, à la différence des tératomes immatures et mixtes (5). La répartition des tératomes dans l'organisme se fait selon trois variantes (9):

1- Le tératome axial externe : le plus rare, toujours mature. Il se voit généralement à la naissance (tératomes sacro coccygiens, cervicaux, etc.)

2- Le tératome axial interne : peut être mature, immature ou mixte (région périnéale, le médiastin antérieur, etc.)

3- Le tératome paraxial : peut être mature, immature ou mixte. Il est le plus fréquent (tératome des gonades, gastrique ou hépatique). Les tératomes cervicofaciaux néonataux sont habituellement des tumeurs bénignes (90%) (3); en effet, seulement moins de 5 % de tératomes cervicofaciaux malins néonataux ont été rapportés (3, 5). Les tératomes cervico-faciaux sont classés en quatre types: dermoïde le plus fréquent; contient des éléments de l'ectoderme et du mésoderme, le type teratoïde, composé d'ectoderme, de mésoderme et d'éléments ectodermiques, mais qui est peu différencié, le tératome vrai contenant les 3 couches des cellules germinales, et le tératome épignathe très rare associé à un taux élevé de mortalité (6). L'étiopathogénie des tératomes est controversée, plusieurs théories ont été proposées (4). Batsakis et al s'accordent que la plupart des tératomes cervicaux dérivent des cellules souches pluripotentes séquestrées durant l'embryogénèse (4).

D'autres stipulent que les tératomes constituent des vestiges des structures embryonnaires normales ayant présenté un défaut de migration (4). Cliniquement, Rothschild et al ont rapporté que l'hydramnios est un mode de révélation habituel chez environ 20 à 30% des patients ayant un tératome congénital cervico facial (6). La gravité des tératomes cervicofaciaux tient en fait de leur taille et de leur localisation pouvant engager le pronostic vital par obstruction des voies aériennes à l'origine d'une détresse respiratoire néonatale parfois mortelle. Le diagnostic anténatal repose essentiellement sur l'échographie pouvant être éventuellement complété par une IRM anténatale (5). Le plus souvent, le diagnostic est fait au cours du deuxième trimestre et parfois plus tardivement au troisième trimestre de la grossesse (7). Le diagnostic du tératome est évoqué à

l'imagerie et confirmé à l'histologie. A la radiographie standard, l'existence de calcifications en regard de l'aire tumorale est quasi-pathognomonique du tératome. Ce signe est retrouvé dans 16% à 50% des cas selon la littérature (1). L'échographie montre une masse hétérogène solido-kystique. Des formes pures solides ou kystiques peuvent exister (7). Le scanner et l'IRM sont surtout pratiqués devant des lésions volumineuses avec extension para pharyngée ou en cas des formes suspectes de malignité (10). Le diagnostic différentiel se pose devant une masse de la région parotidienne avec les autres tumeurs de la glande parotidienne notamment kystique telles que le lymphangiome kystique, le kyste branchial, le lipome et la malformation artério veineuse (11). L'exérèse chirurgicale est le traitement de choix. Elle doit être complète afin d'éviter les récives. Dans la localisation parotidienne une parotidectomie exo-faciale est réalisée si la tumeur occupe le lobe superficiel, elle sera totale si la tumeur siège au niveau du lobe profond (1). Une radio chimiothérapie peut être nécessaire en cas de tératome immature. A l'histologie, le tératome mature est bénin dans 55% des cas. A l'inverse le tératome immature se définit comme une forme potentiellement maligne, pour la plupart des auteurs. Pour certains, l'immaturité n'est pas un signe de malignité pour les tératomes congénitaux (2, 6). Que ce soit pour les tératomes bénins ou les tératomes malins, une surveillance clinique est indispensable à la recherche de récive ou de métastases (5). Le pronostic est étroitement lié à la nature histologique. Les tératomes matures adultes présentent très peu de risque d'évolution vers la malignité mais leur exérèse chirurgicale totale est de règle, par prudence (9). Lorsque la tumeur est encapsulée ou pseudo encapsulée et non infiltrante, la dissection des structures avoisinantes est plus aisée, et le pronostic est excellent. Par conséquent, les récives sont rares (5). Les tératomes immatures sont souvent malins avec un pronostic très sombre à court terme (6).

CONCLUSION

La localisation parotidienne du tératome est exceptionnelle. Le diagnostic positif est suspecté à l'imagerie et confirmé par l'examen histologique. Le traitement repose sur la chirurgie. L'exérèse doit être complète afin de prévenir les récives. L'existence de possibilités de transformation maligne justifie l'exérèse précoce et une surveillance rigoureuse et prolongée.

REFERENCES

- 1- Beltaief N, Kharrat S et al. Le tératome de la parotide : A propos de 3 cas. *Journal Tunisien d'ORL*. 2004; 13: 52-4.
- 2- Sichel JY, Eliashar R et al. A multidisciplinary team approach for management of a giant congenital cervical teratoma. *International Journal of Pediatric otorhinolaryngology*. 2002; 65: 241-47.
- 3- Anderson P, David D et al. Teratomas of the head and neck region. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2003; 31: 369-77.
- 4- Stilianos E et al. Teratomas of the head and neck. *American Journal of Otolaryngology*. 1994; 15 (4): 292-6.
- 5- Benouaichea L, Coulya G. Diagnostic et prise en charge des tératomes cervico-faciaux congénitaux : à propos de quatre cas, revue de la littérature et mise au point. *Annales de chirurgie plastique esthétique*. 2007; 52: 114-23.
- 6- Celik M et al. Congenital teratoma of the tongue : a case report and

- review of the literature. *Journal of Pediatric Surgery*. 2006; 41: 25-8.
- 7- Kdouss M, Hachicha R and al. Tératome foetal du rhinopharynx : diagnostic anténatal et pronostic : à propos d'un cas. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2006; 34: 403-6
- 8- Pirodda A. Benign cystic teratoma of the parotid gland. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 2001; 125 : 429-30.
- 9- Daghfous Ellouz M. Le tératome de la parotide, une affection exceptionnelle. *J of Radiologie*. 1987 ; 12.
- 10- Joyeux et al, stratégie thérapeutique devant de volumineuses métastases tératomateuses matures cervicales, médiastinales et d'énormes lésions retro et intra-péritonéales. *Chirurgie* 1995; 120: 170-3.
- 11- Makoto O and al. Benign Cystic Teratoma of the Parotid Gland: A Case Report. *Acta cytologica* 2009; 53 (4): 427-30.