

## POSTER

### Adénocarcinome polymorphe de bas grade : A propos d'une localisation labiale.

**Campana F<sup>1</sup>, Ugo Ordioni U<sup>1,5</sup>, Del Grande J<sup>2</sup>, Fakhry N<sup>3,4</sup>**

1 Centre Massilien de la Face, 24 Avenue du Prado, Entrée 1 entresol, 13006, Marseille, FRANCE

2 Service d'anatomopathologie. Hôpital de la Timone. Ap-Hm, 264 rue Saint Pierre, 13385, Marseille, FRANCE

3 Service d'ORL. Hôpital de la Timone. Ap-Hm, 264 rue Saint Pierre, 13385, Marseille, FRANCE

4 REFCOR, FRANCE

5 Service d'Odontologie. Hôpital de la Timone. Ap-Hm, 264 rue Saint Pierre, 13385, Marseille, FRANCE

#### *Introduction*

L'adénocarcinome polymorphe de bas grade (APBG) est une tumeur carcinomateuse épithéliale se développant principalement à partir des glandes salivaires du palais ou des lèvres. Son diagnostic est difficile du fait de sa faible spécificité clinique et de son polymorphisme histologique.

Nous rapportons ici le cas d'un APBG de la lèvre supérieure.

#### *Observation*

Un patient de 67 ans s'est présenté à la consultation pour prise en charge d'un nodule de la face interne de la lèvre. L'examen dentaire retrouvait un état dentaire délabré avec des racines dentaires. L'examen muqueux montrait un nodule aplatis de 1,5 cm de diamètre et d'aspect homogène. La palpation était souple, les aires ganglionnaires libres. L'examen panoramique mettait en évidence une zone d'ostéolyse dans la région du prémaxillaire sous les racines résiduelles de 21, 22 et 23. Il était alors décidé de réaliser l'exérèse du kyste osseux et du nodule muqueux. L'histologie du nodule muqueux retrouvait une prolifération tumorale très cellulaire fait de cellules globuleuses à cytoplasme éosinophile regroupées en amas avec présence de cordons et parfois de tubes à la lumière clarifiée. Il existait de rares mitoses. L'immunohistochimie retrouvait une PS100 positive et un Ki67 très légèrement positif. Le diagnostic d'adénocarcinome polymorphe de bas grade d'une glande salivaire accessoire était retenu après relecture anatomopathologique effectuée par le réseau REFCORpath. L'histologie de la lésion osseuse était, quant à elle, en faveur d'une lésion inflammatoire odontogène. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien et la panendoscopie ORL étaient négatifs. Le dossier a été discuté en RCP nationale dans le cadre du

réseau REFCOR. Compte tenu de la faible agressivité (bas grade) et de l'absence d'adénopathie, il a été décidé d'effectuer uniquement une reprise des marges d'exérèse (qui n'a pas retrouvé de résidu tumoral) sans geste ganglionnaire. Après 9 mois de surveillance, il n'existait pas de récurrence.

#### *Discussion*

L'adénocarcinome polymorphe de bas grade a été décrit pour la première fois en 1983. Il est la deuxième tumeur carcinomateuse des glandes salivaires accessoires (OMS 2005, Buchner 2007). Le sexe ratio est de 2 femmes pour un homme. Le pic d'incidence est la sixième décennie (Fife 2013). La localisation principale est le palais dur. La localisation de la lèvre supérieure reste rare (Buchner). Cliniquement, l'APBG se présente comme un nodule jaunâtre pouvant faire plus de 2 cm de diamètre. Il est caractérisé histologiquement par un monomorphisme cellulaire, un polymorphisme architectural et un mode de croissance invasif. Les différentes configurations architecturales sont lobulaires, cribiformes, papillaires et trabéculaires.

Le diagnostic différentiel doit se faire avec un carcinome adénoïde kystique (El-Nagdy 2013) dans sa localisation palatine ou avec un adénome pléomorphe (Chaâbouni 2008).

Le pronostic est favorable. Les récurrences locales sont possibles dans 10 à 25 % des cas. Les métastases sont rares. Toutefois l'APBG nécessite une longue période de surveillance.

**CAMPANA Fabrice**

f.campana@centremassiliendelaface.com