

COMMUNICATION

Carcinome adénoïde kystique et son diagnostic : À propos d'un cas

I. Taihi-Nassif^{1,2}, N. Ben Lagha^{1,2}

1 Service de stomatologie, Hôpital André Grégoire, Montreuil 93300

2 Faculté de chirurgie dentaire de Paris Descartes, Montrouge 92120

Introduction

Les glandes salivaires accessoires (GSA) sont des structures anatomiques mineures sous-muqueuses situées dans la cavité buccale. Elles sont localisées principalement au niveau du palais et des lèvres. Elles peuvent être le siège de tumeurs bénignes ou malignes. 60% des tumeurs développées sont des tumeurs malignes (Boko E et al, Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord), 2004; 125(4):233-7). Le diagnostic de ces tumeurs est difficile car elles sont rares et ne représentent pas les mêmes facteurs de risque que ceux du carcinome épidermoïde, qui à lui seul représente 95% des tumeurs malignes de la cavité buccale. Les chirurgiens-dentistes sont très peu formés à ce diagnostic, ce qui le rend souvent très tardif et l'étendue des lésions importante.

Observation

Le cas présenté est celui d'un patient, âgé de 81 ans, qui consulte pour l'avulsion d'une 16 très mobile et gênante. Au niveau des antécédents médico-chirurgicaux, le patient présente une fibrillation auriculaire stabilisée par un traitement anticoagulant oral direct, un diabète équilibré par un régime alimentaire, ainsi qu'un glaucome traité. Aucune allergie n'est connue. L'examen exobuccal ne révèle pas d'adénopathies ni de déformation ou de perte de sensibilité. L'examen endobuccal montre un édentement au niveau de 15, une 16 et 17 avec une mobilité IV. La muqueuse palatine au niveau de la dent 16 est tuméfiée sur tout l'hémi-palais postérieur sur 3 cm de grand axe. L'aspect des muqueuses n'est pas modifié. La palpation montre une induration. La panoramique dentaire ne montre aucune lyse osseuse évidente à cause de la superposition des structures. Le diagnostic d'abcès sous périoste d'origine parodontale sur 16 est évoqué. L'avulsion de 16 est réalisée mais une lyse osseuse profonde est retrouvée en peropératoire ainsi qu'un nodule sous-muqueux. Aucun curetage n'est fait, trois biopsies sont alors réalisées. L'examen anatomo-pathologique est demandé en urgence, il révèle la présence d'un carcinome adénoïde kystique. Le scanner cervico-facial, l'IRM et le TEP scan permettent de classer cette tumeur T4N0M0. L'équipe ORL prend en charge le patient, la RCP décide de le traiter par chirurgie avec radiothérapie adjuvante associée à une prothèse obturatrice. Les suites opératoires sont longues mais bonnes.

Discussion et conclusion

Les tumeurs malignes des GSA représentent 7 à 17% des tumeurs de la tête et du cou. Le carcinome adénoïde kystique représente 10% de ces tumeurs malignes (Volpato LE *et al.* Case Rep Dent, 2015 ; 2015: 651321). Son aspect clinique n'est pas spécifique, souvent sous forme de nodule sous-muqueux ferme et indolore à évolution lente sur plusieurs années, il est très invasif. Le diagnostic est souvent tardif et ne peut être confirmé qu'avec un examen histologique et immunohistochimique. Les lésions locales sont souvent étendues et le risque de développer des métastases pulmonaires est élevé, ce qui rend son pronostic défavorable. Ce cas clinique montre la difficulté diagnostique des tumeurs malignes des GSA et l'importance du rôle du chirurgien-dentiste à le diagnostiquer. Devant toute tuméfaction des GSA, le diagnostic de tumeur maligne doit être évoqué.