



RESEARCH ARTICLE

A RARE TUMOR OF THE PAROTID GLAND: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Z. Sayad, B. Dani, R. Elazzouzi, Pr. S. Benazzou and Pr. M. Boulaadas

Service de Chirurgie Maxilla-Faciale Et Stomatologie, Hôpital Des Spécialités, CHU Ibn-Sina Rabat.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 10 November 2020

Final Accepted: 12 December 2020

Published: January 2021

Key words: -

Oncocytoma, Parotid, Diagnosis, Surgery

Abstract

We report a rare case of a parotid oncocytoma in a 63-year-old woman. It is a rare benign tumor accounting for less than 1.5% of all salivary gland tumors. It is known as the parotid mitochondrioma because it is made of cells rich in mitochondria with granular cytoplasm. It is a rare entity poorly documented in the literature, and there are no pathognomonic symptoms or imaging, which makes the diagnosis of this tumor challenging. Surgery is the main treatment, and the diagnosis is confirmed by the histological study of the specimen. Through this observation, and in light of the literature, we will underline the anatomoclinical and radiological peculiarities of this tumor, to induce clinicians to consider this histological type.

Copy Right, IJAR, 2021, All rights reserved.

Introduction:-

Un oncocytome est un néoplasme bénin rare de la glande parotide, représentant < 1,5% de toutes les tumeurs des glandes salivaires. [1]

Leur présentation clinique est non spécifique car ne diffère pas de celle des autres tumeurs parotidiennes bénignes. Son exploration radiologique est basée sur la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique. Son diagnostic est histologique. Il s'agit d'une tumeur épithéliale bénigne caractérisée par des oncocytes riches en mitochondries avec un cytoplasme abondant granulaire, et une pénurie d'autres organites [1,2] Leur prise en charge consiste en une résection chirurgicale complète par une parotidectomie. L'intérêt d'un suivi clinique et radiologique. [2,3]

A travers cette observation et à la lumière de la littérature nous soulignons les particularités anatomocliniques et radiologiques, ainsi que la rareté de cette tumeur.

Observation:-

Une femme 63 ans, hypertendue sous traitement, opéré pour un nodule du sein droit en 2007, qui s'est présenté en consultation pour une tuméfaction sous lobulaire droite évoluant depuis 03 mois tout en augmentant progressivement de volume dans un contexte de conservation de l'état général et d'apyrexie. L'examen physique trouvait une masse ferme, indolore, bien limitée mesurant 2 cm environ, mobile par rapport aux deux plans superficiel et profond, sans signes inflammatoires en regard, sans adénopathies ni de paralysie faciale périphérique.

Corresponding Author:- Zahra Sayad

Une tomodensitométrie avec injection du produit de contraste objectivant un processus lésionnel polylobé de densité tissulaire, siège au niveau du lobe superficiel de la parotide droite mesurant 17/17 mm, se rehaussant de façon hétérogène. (Fig.1) On a réalisé une parotidectomie superficielle conservatrice du nerf facial emportant toute la tumeur. Les suites opératoires étaient simples. (Fig.2) L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire a montré une prolifération tumorale lobulée composée de cellules tumorales de type oncocytaire, polyédrique au cytoplasme éosinophile abondant finement granuleux avec un noyau rond comportant un petit nucléole en faveur d'un oncocytome parotidien. (Fig.3) A l'heure actuelle, aucune récurrence n'a été détectée.

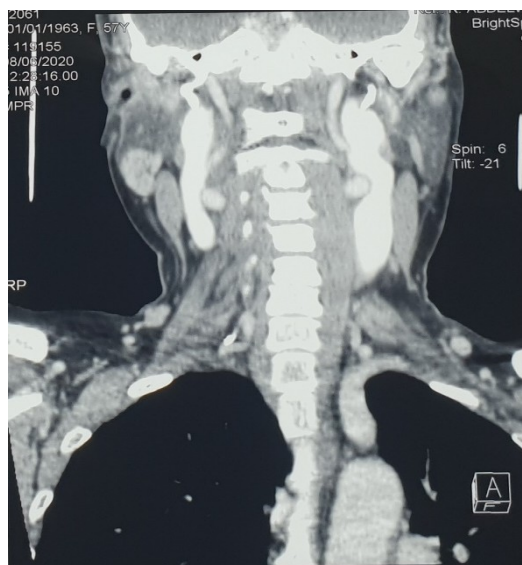
Discussion:-

Les tumeurs des glandes salivaires représentent 3% des lésions de la tête et du cou. Les oncocytomes constituent 0,1–1,5% de ces tumeurs. Ainsi, la glande parotide est l'organe le plus fréquemment impliqué représentant 78 à 84% des oncocytomes des glandes salivaires. [2,4]

Il s'agit des tumeurs épithéliales bénignes rares caractérisées par la présence des cellules dites oncocytes disposés en nids solides de feuilles, ayant un cytoplasme granulaire éosinophile riche en mitochondries, noyau unique, de taille pléomorphe avec un faible rapport nucléaire/cytoplasmique.[2,5] Leur étiopathogénie est encore inconnue, cependant il y a l'hypothèse d'un vieillissement mitochondrial par dysfonctionnement enzymatique responsable d'une hyperplasie compensatrice des mitochondries, comme il peut y avoir une association avec l'exposition aux rayonnements. En effet, les oncocytes solitaires apparaissent dans le tissu salivaire vieillissant, avec des études montrant jusqu'à 80% de présence chez les sujets âgés de plus de 60-70 ans. [5] Ceci explique l'âge de prédilection rapporté dans la plupart des études entre 60 et 80 ans. Une légère prédominance féminine a été également rapportée ce qui concorde avec notre cas. Le plus souvent, c'est le tableau clinique de masses solitaires, de croissance lente, fermes, indolores, mobiles, sans signes associés à type de paralysie faciale périphérique, signes inflammatoires ou d'adénopathies. [1,2,5] L'exploration radiologique de ces tumeurs repose essentiellement sur la tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Les oncocytomes apparaissent sur la TDM comme des masses bien définies avec un rehaussement hétérogène, faisant évoquer des tumeurs : de Warthin, de l'adénome pléomorphe et d'autres tumeurs malignes de bas grade compte tenu de cette proximité anatomique. [6,7] À l'IRM l'oncocytome apparaît en hyposignal T1 qui devient iso signal au parenchyme parotidien en T2 et sur les séquences T1 avec suppression de la graisse après injection du produit de contraste. [1,6,7] Il faut noter que les oncocytomes et les tumeurs de Warthin ont une imagerie très semblable aussi bien sur la TDM que sur l'IRM à l'exception de certaines séquences d'IRM : il a été constaté que les tumeurs de Warthin ont un rapport d'intensité de signal plus élevé en pondération T2 et l'imagerie pondérée en diffusion avec des valeurs ADC inférieures par rapport aux oncocytomes.[4] Dans ces contextes, quand la tumeur de Warthin et l'oncocytome coexistent même la différenciation histopathologique de ces deux tumeurs peut poser un défi de diagnostic, car les deux comprennent des types de cellules riches en mitochondries. [1,8] Le diagnostic de certitude est histopathologique. Il faut quand même signaler l'intérêt diagnostique rapporté par l'aspiration à l'aiguille fine lors de la détection de la néoplasie oncocytaire mais avec une sensibilité estimée de 29% [9]. Le traitement de choix est la résection chirurgicale complète consistant en une parotidectomie superficielle voir totale basée sur les données des examens cliniques et radiologiques préopératoires (TDM, IRM) et des résultats peropératoires. [2, 6, 10]

La radiothérapie est surtout indiquée en palliatif dans les cas chirurgicalement dépassés, lorsqu'il s'agit des tumeurs localement très avancés. [2]

Le taux de récurrence a été rapporté pour être 20–30% dans les cas où l'excision était incomplète ou de nodularité. La dégénérescence maligne et la métastase sont faibles. [2, 10] Un examen d'imagerie de suivi, de préférence une IRM à 12 et 24 mois après le traitement sont recommandés puisque la plupart des cancers de la tête et du cou se reproduisent dans les deux premières années. [2,11]



Figures:-

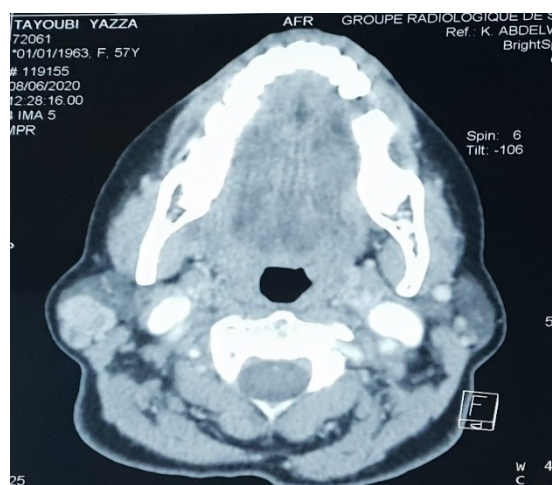


Figure 1:- Coupes scanographiques axiales et coronales montrant un processus tissulaire hétérogène du lobe superficiel de la parotide droite.

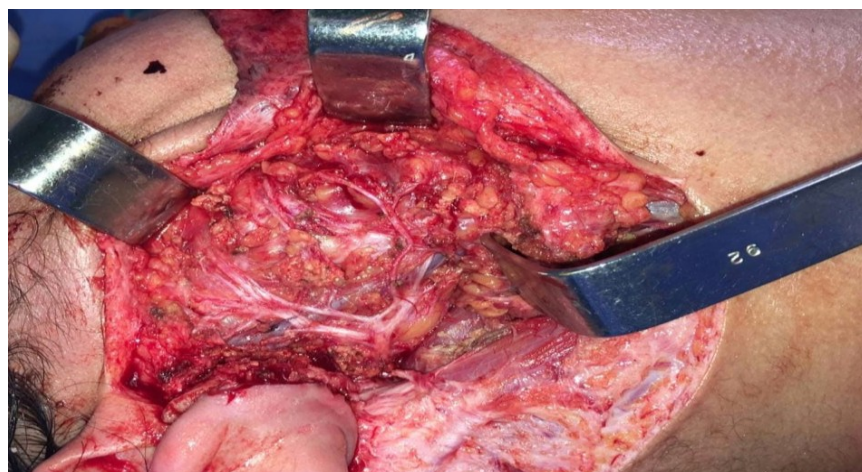


Figure 2:- Photo per opératoire après réalisation d'une parotidectomie exo faciale emportant la tumeur conservatrice du nerf facial.

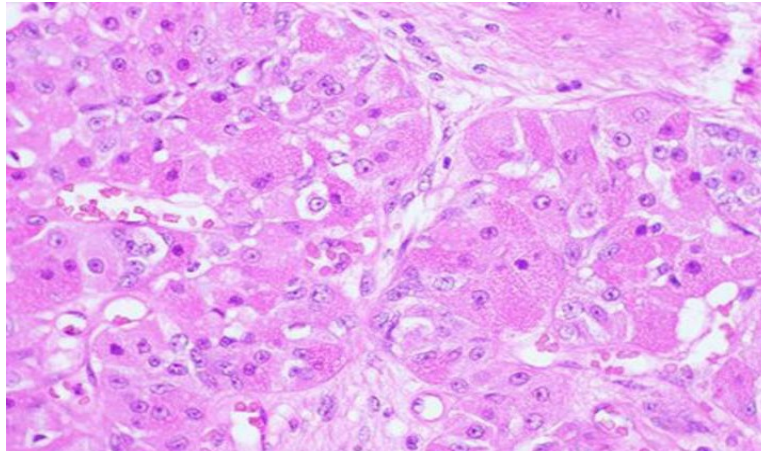


Figure 3:- Histologiquement : présence des oncocytes typiques avec un cytoplasme granulaire éosinophile coloration à l'Hémathoxyline Eosine Gx40.

Conclusion:-

Il s'agit une tumeur épithéliale bénigne rare de la parotide qui touche le sujet âgé entre la sixième et la huitième décennie de vie. Elle constitue un défi diagnostique en raison de sa présentation clinique et radiologique non spécifique. Son diagnostic est essentiellement histologique. Son traitement consiste en une exérèse complète de la tumeur afin d'éviter tout risque de récurrence.

Conflits d'intérêts :

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

Références:-

- [1] Imran S, Allen A, Shokouh-Amiri M , Garzon S , Saran N. Parotid oncocytoma: CT and pathologic correlation of a rare benign parotid tumor. *Radiology Case Reports* 15 (2020) 31–34
- [2] Sepúlveda I, Platón E, Spencer ML, Mucientes P, Frelinghuysen M, Ortega P, et al. Oncocytoma of the parotid gland: a case report and review of the literature. *Case Rep Oncol* 2014;7(1):109–16.
- [3] Sharma V, Kumar S, Sethi A. Oncocytoma parotid gland. *Ann Maxillofac Surg* 2018;8(2):330–2.
- [4] Kato H, Fujimoto K, Matsuo M, Mizuta K, Aoki M. Usefulness of diffusion-weighted MR imaging for differentiating between Warthin's tumor and oncocytoma of the parotid gland. *Jpn J Radiol* 2017;35(2):78–85.
- [5] El Korbi A, Jellali S, Njima M, Harrathi K. Parotid Gland Oncocytoma: A Rare Case and Literature: Review *Journal of Medical Cases* 2019.
- [6] Tan T, Tan T. CT features of parotid gland oncocytomas: a study of 10 cases and literature review. *Am J Neuroradiol* 2010;31(8):1413–17.
- [7] N.D. Patel A. van Zante D.W. Eisele H.R. Harnsberger C.M. Glastonbury . Oncocytoma: The Vanishing Parotid Mass. *AJNR Am J Neuroradiol* 32:1703– 06/ Oct 2011
- [8] Araki Y, Sakaguchi R. Synchronous oncocytoma and Warthin's tumor in the ipsilateral parotid gland. *Auris, Nasus, Larynx* 2004;31(1):73–8.
- [9] Capone RB, Ha PK, Westra WH, Pilkington TM, Sciubba JJ, Koch WM, et al. Oncocytic neoplasms of the parotid gland: a 16-year institutional review. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;126(6):657–62
- [10] Vlachaki E, Tsapas A, Dimitrakopoulos K, Kontzoglou G, Klonizakis I: Parotid gland oncocytoma: a case report. *Cases J* 2009; 2:6423.
- [11] Popovski V, Benedetti A, Monevska DP, Grcev A, Serafimovski P, Pecanovski R, et al. Oncocytoma of the deep lobe of the parotid gland. *Open access Maced J Med Sci* 2016 ;4(2):290–2.