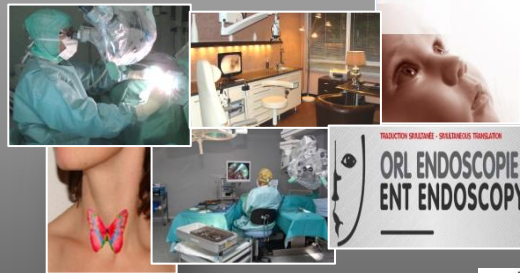


L'EDITO DE L'ORPAC

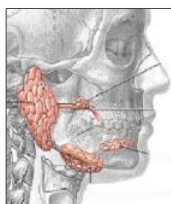
Le magazine d'information du département ORL

- Clinique du Palais -



LES TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES

Les glandes salivaires principales sont les glandes parotides (situées sous le lobe de l'oreille), sous-maxillaires (sous la mâchoire) et sublinguales (sous la langue). Des glandes accessoires tapissent toute la muqueuse de la bouche.



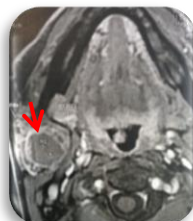
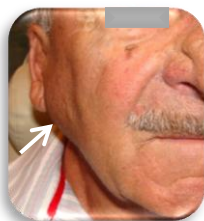
La **glande parotide** est la plus volumineuse. Elle est connue pour son augmentation de volume lors des oreillons.

Elle se présente sous la forme d'un lobe superficiel et d'un lobe profond, séparés par le trajet du nerf facial (nerf de la mobilité du visage) comme « un marque-page dans un livre ». Le nerf se ramifie en toile d'araignée par des branches très fines au sein de la glande.

Les tumeurs de la parotide sont le plus souvent bénignes. La plus fréquente est l'*adénome pléomorphe* ou *tumeur mixte*.

Elle se révèle par une grosseur sous et/ou en avant du lobe de l'oreille, découverte habituellement par le patient lui-même ou à l'occasion d'un examen systématique.

L'échographie du cou est le premier examen réalisé. Elle confirme la lésion, sa situation dans la glande et en décrit les caractéristiques morphologiques.



L'IRM du cou avec injection de gadolinium est l'examen de référence. Elle peut orienter vers la nature de la lésion et en précise les rapports anatomiques importants avant une chirurgie.

La nature de la tumeur doit être identifiée.

Une cytoponction permet de recueillir des cellules à l'intérieur de la masse. Elle se déroule sous repérage échographique par l'introduction d'une aiguille très fine au travers de la peau. L'analyse des cellules peut apporter une orientation. Parfois l'analyse est non contributive.

La prise en charge thérapeutique est chirurgicale.

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale.

L'hospitalisation est de 3 à 4 jours. Elle consiste en l'ablation de la partie de la glande contenant la tumeur, par une *parotidectomie* dite *superficielle* ou *totale* selon que la lésion est en surface ou en profondeur du nerf facial. L'analyse

pendant l'intervention (*extemporane*) définit le type de lésion. En cas de lésion maligne, la parotidectomie est totale associée à l'ablation des ganglions du cou suivie d'un traitement complémentaire radiothérapique.

Le point crucial est l'identification du nerf facial. L'intervention est réalisée sous loupe binoculaire car la dissection porte sur des branches du nerf extrêmement fines. Un monitoring nerveux est systématiquement utilisé. L'attitude chirurgicale sur le nerf peut varier s'il s'agit d'une tumeur maligne et selon les conditions de conservation du nerf au contact de cette tumeur.

La surveillance postopératoire dépiste tout hématome du cou et dysfonctionnement du nerf facial qui, s'il apparaît est le plus souvent temporaire.

Le diagnostic définitif est porté 8 jours après. En cas de tumeur bénigne, aucun traitement complémentaire ne s'impose habituellement. Les risques de récurrence d'un adénome pléomorphe existent mais sont rares.

La cicatrice à terme est très discrète. La quantité de salive ne change pas. Très rarement peut apparaître une sudation de la peau de la zone opérée pendant les repas, secondaire à une régénération nerveuse anarchique.

A propos de ...

Le **MONITORING** du nerf facial enregistre l'activité de chaque branche du nerf pendant l'intervention.

Il est toujours utilisé dans la chirurgie de la parotide à l'ORPAC.



Des électrodes sont placées dans la peau et la stimulation nerveuse est réalisée par le chirurgien à tout moment de l'intervention. Il constitue une aide à la dissection des branches et un facteur pronostique du fonctionnement postopératoire du nerf.

