

# Diagnostic d'une tuméfaction parotidienne (270a)

*Professeur Emile REYT  
Novembre 2003 (Mise à jour Mars 2005)*

## Pré-Requis :

- Anatomie de la loge parotidienne
- Anatomie des branches du nerf facial

## Résumé :

Les tuméfactions de la loge parotidienne sont en très grande majorité des nodules intraparotidiens. Ce sont des lésions tumorales bénignes dans 80 % des cas. Il est essentiel de les reconnaître pour en faire la preuve. La plus fréquente est l'adénome pleiomorphe de la parotide. Les autres tuméfactions globales de la glande sont en général une parotidite ou une atteinte inflammatoire de la parotide au cours de l'évolution d'une maladie de système .

Devant un nodule de la loge parotidienne, seule une parotidectomie exploratrice avec repérage du nerf facial et de ses branches permet de faire le diagnostic histologique sans aggraver le profil évolutif de ces lésions et avec un minimum de séquelles.

## Mots-clés :

Tumeur bénigne, cancer, parotide, glandes salivaires, diagnostic, parotidectomie

## Références :

- Histopathologie ORL et cervicofaciale J. Leroux-Robert, J de Brux Masson 1976 p105
- Tumeurs salivaires Précis d'ORL Becker traduit par Luboinski Flammarion Sciences 1986 p571
- Pathologie médicale et chirurgicale de la région parotidienne Gaillard et coll. Arnette 1981 p209-238
- Tumeurs des glandes salivaires J.P. Fontanel , F. Poitout, JM Klossek Editions techniques EMC Otorhinolaryngologie 20-628-B10 1995
- Site de la Faculté de Médecine de Rennes, Imagerie : <http://www.med.univ-rennes1.fr/cerf/edicerf/strat/SR050.html>

## Liens :

- Site de la Faculté de Médecine de Rennes, Imagerie : <http://www.med.univ-rennes1.fr/cerf/edicerf/strat/SR050.html>
- Site de Procter & Gamble, syndrome de Gougerot-Sjögren : [http://www.dentalcare.com/soap/ce20cafr/20\\_04h.htm](http://www.dentalcare.com/soap/ce20cafr/20_04h.htm)

## Exercices :

### 1. Introduction

Toute tuméfaction siégeant devant le tragus ou autour de l'oreille doit être considérée comme une tuméfaction de la loge parotidienne.

### 2. Diagnostic positif

Pour affirmer la localisation parotidienne de la tuméfaction, il faut préciser son siège dans la loge parotidienne soit autour de l'oreille, soit dans la région rétromandibulaire devant le muscle SCM, soit dans la région prétragienne, masséterinne ou même jugale. Une tuméfaction de la totalité de la parotide refoule le lobule de l'oreille en dehors et en arrière. On oppose facilement les tuméfactions globales de la parotide aux nodules intraparotidiens plus ou moins volumineux.

La loge parotidienne a une forme pyramidale avec un sommet supérieur et une base inférieure.

Elle est limitée :

- en avant par la branche montante de la mandibule et le muscle masséter superficiellement, en profondeur par les muscles ptérygoidiens,
- en arrière
  - à sa partie basse par l'apophyse mastoïde et le muscle sterno-cléido-mastoïdien
  - à sa partie haute par le conduit auditif externe ; cartilage tragien en dehors et os tympanal en profondeur
- à son sommet et la portion postérieure de l'arcade zygomatique ;
- en bas par une ligne horizontale allant de la mastoïde à l'angle de la mandibule ;
- en profondeur par l'apophyse styloïde et les espaces parapharyngés (retro et préstyliens).

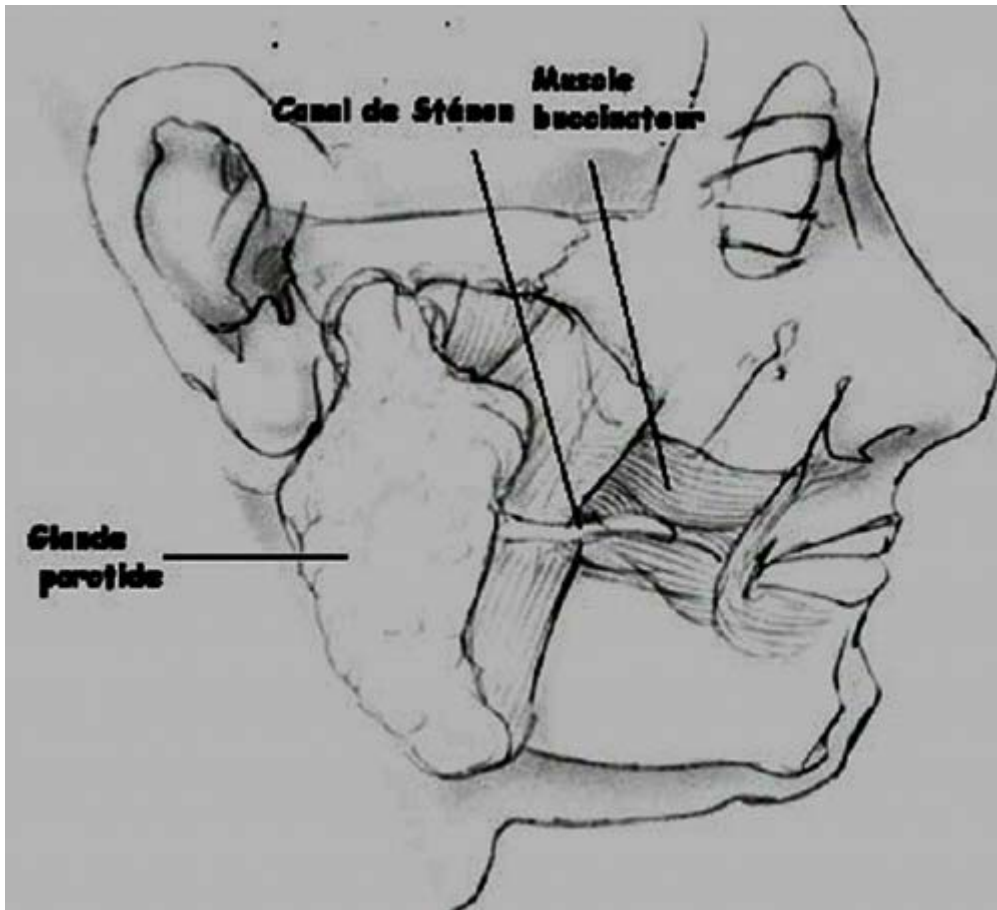
La région parotidienne contient la glande parotide. Celle-ci est traversée par le canal salivaire excréteur de Sténon.

Celui-ci a une direction horizontale vers l'avant qui se termine à l'orifice muqueux à la face interne de la joue en regard de la 2<sup>o</sup> molaire.

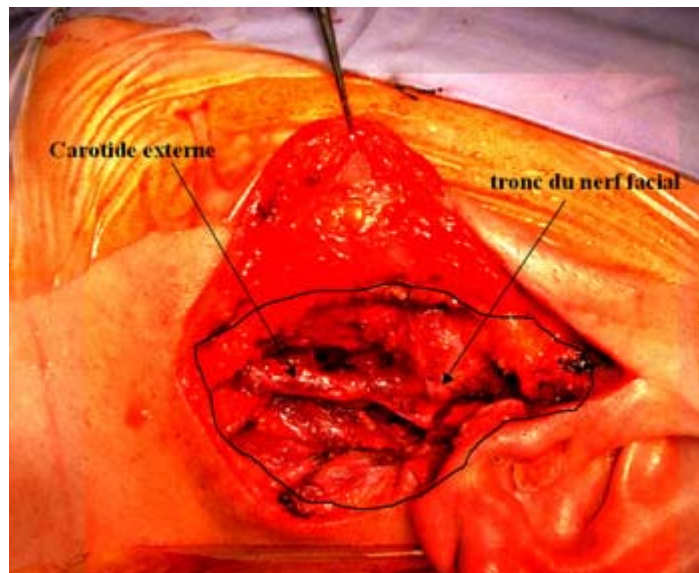
Elle contient :

- l'artère carotide externe,
- le confluent veineux parotidien,
- le nerf facial dont le tronc émerge du trou stylomastoidien profond en avant de l'apophyse styloïde, tronc qui se divise en ses différentes branches qui deviennent vers l'avant très vite superficielles et sont sous cutanées à leur émergence du bord antérieur de la glande *parotide*.

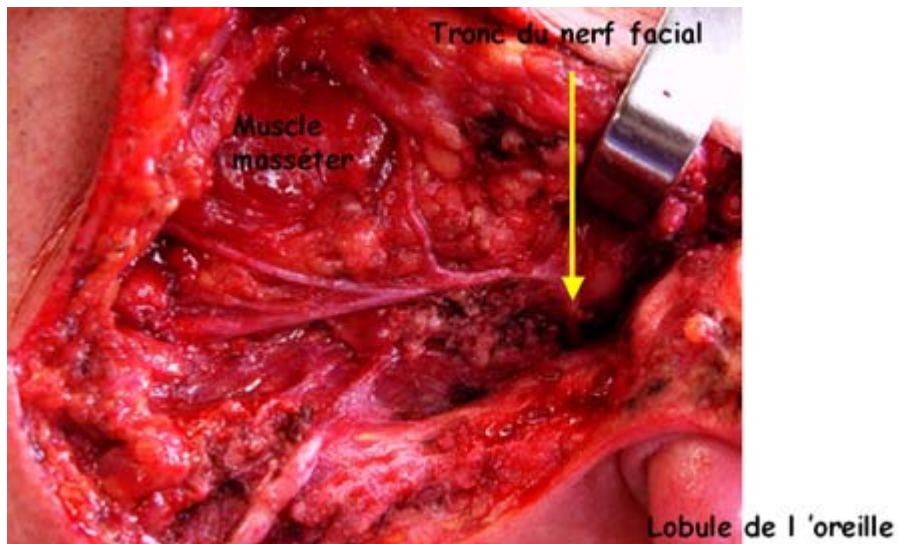
[Annexe : rappel anatomique](#)  
(E. Reyt)



[Schéma : situation de la glande parotide](#)  
(E. Reyt)



[Photo : vue opératoire : loge parotide et son contenu après parotidectomie](#)  
trait noir : limites de la glande parotide  
(E. Reyt)



[Photo : vue opératoire : découverte du nerf facial après exérèse du lobe exofacial de la glande parotide](#)  
(E. Reyt)

### 3. Circonstances de découverte

Les tuméfactions parotidiennes, uni ou bilatérales, peuvent être diagnostiquées dans des circonstances différentes selon trois types de tableaux cliniques :

- découverte fortuite par le patient ou le médecin d'une tuméfaction ou d'un nodule parotidiens;
- tuméfaction parotidienne douloureuse déclenchée lors de l'alimentation ;
- tuméfaction parotidienne douloureuse dans un tableau infectieux, parfois au-devant de la scène.

### 4. Diagnostic différentiel

Une hypertrophie des masséters sera facilement éliminée, de même un kyste sébacé superficiel qui fait corps avec la peau. Un lipome par sa consistance molle sera aussi facilement reconnu. Il sera plus difficile de différencier une adénopathie sous-digastrique ou rétromandibulaire qui habituellement ne peut recouvrir la branche montante ou l'angle de la mandibule. Parfois le diagnostic ne peut être affirmé que lors de l'intervention chirurgicale exploratrice. Il peut être orienté par l'échographie, la TDM et la ponction cytologique.

### 5. La conduite du diagnostic

#### 5.1. L'interrogatoire précisera

##### *5.1.1. le type d'évolution de la tuméfaction*

Son caractère progressif ou récidivant, par poussées. Il précisera si la tuméfaction apparaît aux repas et s'il existe une douleur associée.

##### *5.1.2. On recherchera :*

- des antécédents parotidiens ou salivaires,
- une intoxication alcoolique,
- la notion d'un traumatisme de la région jugale ou parotidienne,
- une maladie systémique: collagénose, goutte, endocrinopathie.

## 5.2. L'examen physique

### 5.2.1. L'inspection et la palpation vont préciser :

- l'uni ou la bilatéralité de la tuméfaction,
- son caractère uni ou plurifocal, si la tuméfaction est globale ou très localisée, sa taille,
- sa mobilité et sa dureté, sa sensibilité,
- enfin le degré d'adhérence cutanée, son caractère inflammatoire ou non
- l'existence d'une cicatrice cutanée de la région parotidienne.

### 5.2.2. L'examen buccopharyngé

Va rechercher une **tumeur parapharyngée** qui refoule l'amygdale et le voile vers l'avant (tumeur du prolongement pharyngien de la parotide). Le palper bidigital est indispensable pour l'apprécier.

A l'**orifice du Sténon**, on recherche une inflammation, un aspect clair ou purulent de la salive après massage de la glande. La palpation bidigitale du canal de Sténon avec un doigt endobuccal recherchera un calcul.

### 5.2.3. L'examen physique est complété par :

- l'examen des autres glandes salivaires parotidienne controlatérale, sous maxillaires et sub-linguales,
- l'étude la mobilité des muscles faciaux (paralysie faciale),
- l'examen des conduits auditifs externes et des tympanes,
- l'examen des aires ganglionnaires cervicales.

## 5.3. Les examens complémentaires sont orientés par les données de l'examen clinique

On peut demander dans certains cas suivant l'orientation une sialographie parotidienne, une ponction cytologique, une scintigraphie au technétium 99.

Une IDR sera faite si l'on suspecte une tuberculose. Un examen bactériologique de pus en cas de parotidite permettra de guider le choix de l'antibiothérapie.

L'échographie n'apporte pas d'éléments diagnostiques en dehors du contenu liquidien ou non de la tuméfaction et la tomodensitométrie va surtout préciser l'extension tumorale, son siège et son extension en profondeur vers les espaces parapharyngés. Une IRM avec injection de Gadolinium peut préciser certaines caractéristiques en faveur d'une étiologie tumorale mais n'a aussi qu'une valeur d'orientation.



La ponction cytologique à l'aiguille fine peut orienter le diagnostic lorsqu'on suspecte une tumeur mais est insuffisante pour le confirmer. Seule l'analyse histologique permet de l'affirmer.

En présence d'une tuméfaction parotidienne d'allure nodulaire ne faisant pas sa preuve, les examens complémentaires seront peu contributifs pour préciser la nature de la tuméfaction. Seule une parotidectomie exploratrice avec analyse histologique extemporanée après avoir repéré le tronc du nerf facial et ses branches va permettre d'établir le diagnostic. Cette intervention peut être le premier temps du traitement. La biopsie est à proscrire car dangereuse pour le nerf facial et peut entraîner une rupture capsulaire tumorale et favoriser la dissémination de cellules tumorales.

**La parotidectomie exploratrice** a pour but de prélever la lésion tumorale en totalité après avoir repéré le tronc du nerf facial et ses branches pour les disséquer et les préserver. Elle est réalisée sous anesthésie générale. Un examen anatomopathologique extemporané de la lésion tumorale est demandé au cours de l'intervention. Il ne faut pas faire de tumorectomie ou d'énucléation, en raison du risque de récurrence tumorale. Ce risque est important en cas de tumeur maligne ou d'adénome pleiomorphe. Une tumeur de la parotide impose soit une parotidectomie totale, soit une parotidectomie exofaciale après les informations fournies par l'analyse histologique et en fonction du siège de la tumeur.

Dans tous les cas, il est impératif de prévenir le patient des modalités de l'intervention chirurgicale et des risques de complications :

- une paralysie ou une parésie faciale sont en général transitoires, sauf en cas de section du nerf facial. La section peut être accidentelle. Son sacrifice peut être décidé en cas de tumeur maligne à proximité du nerf
- le syndrome de Frey se manifeste par une sudation temporale lors des repas ou d'une stimulation salivaire. Sa survenue postopératoire est inconstante et imprévisible
- la dépression résiduelle de la région parotidienne est quasi constante
- l'insensibilité de la région auriculaire est de récupération aléatoire et tardive.

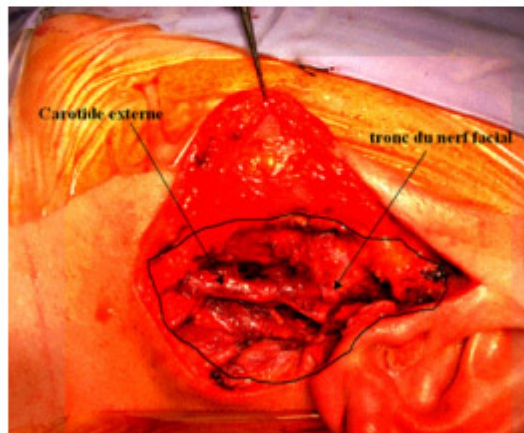


Photo : vue opératoire : loge parotidienne et son contenu après parotidectomie  
(trait noir : limites de la glande parotide)  
(E. Rey)

[Annexe : parotidectomie exploratrice](#)  
(E. Rey)

## 6. Les différentes étiologies des tuméfactions parotidiennes

### 6.1. Les parotidites aiguës

#### 6.1.1. Les parotidites aiguës virales

Comme les oreillons, elles se caractérisent par une tuméfaction globale douloureuse et bilatérale de la parotide et des glandes sous-maxillaires. Elles surviennent habituellement chez l'enfant. La fièvre, une asthénie, une douleur pharyngée et une otalgie sont fréquentes. L'immunité est définitive. Il peut également s'agir de parotidite virale à virus echo, coxsachie et cytomégalovirus.

### *6.1.2. Les parotidites suppurées*

Surviennent chez les sujets en mauvais état général (déshydratation, alcoolisme chronique, diabète, séjour en réanimation ou suites d'une intervention chirurgicale). Elles se manifestent par une tuméfaction parotidienne inflammatoire, douloureuse, de la fièvre et l'on retrouve du pus à l'orifice du Sténon après massage de la glande. Une antibiothérapie est indispensable dirigée contre le streptocoque. Une évolution vers un abcès peut nécessiter un drainage chirurgical. Parfois une lithiase peut en être l'origine.

## *6.2. Les parotidites chroniques peuvent avoir pour origine*

### *6.2.1. Une lithiase parotidienne beaucoup plus rare que la localisation sous-maxillaire*

La tuméfaction de la glande et la douleur se manifestent au début des repas. On recherchera le calcul responsable par la palpation sur le trajet du canal de Sténon. Il peut être radio-opaque et visible sur des clichés standards ou visualisé lors de la sialographie. S'il est bloqué dans le canal principal, on peut l'enlever par incision endojugale du canal. La lithiase peut se compliquer de parotidite suppurée.

### *6.2.2. Les parotidites bactériennes récidivantes*

Evoluant le plus souvent sur un mode subaigu sont l'apanage de l'enfant. La sialographie met en évidence une déformation canalaire en grappe de raisin avec retard d'évacuation du produit. Le traitement médical est efficace mais ne prévient pas la rechute qui est fréquente.

### *6.2.3. Les sialodocholites non lithiasiques*

Sont dues à l'évolution de parotidites récidivantes. Il existe une tuméfaction parotidienne et du pus à l'orifice du Sténon. La sialographie montre une dilatation des canaux excréteurs. Les lésions peuvent évoluer vers un lymphome ou une transformation lympho-épithéliale.

## *6.3. Les parotidomégalies associées à une maladie de système sont très souvent bilatérales*

Il peut s'agir:

### *6.3.1. D'une sarcoïdose (syndrome d'Herrfordt)*

On recherchera la fièvre, l'hypertrophie parotidienne et des voies lacrymales, une chorioretinite et une atteinte des paires crâniennes.

### *6.3.2. La tuberculose*

Touche préférentiellement les ganglions intraparotidiens plutôt que la glande elle-même. Les autres étiologies granulomateuses sont plus rares.

### *6.3.3. Les lésions lympho-épithéliales bénignes*

Associé une augmentation de la glande parotide, des douleurs et une sécheresse buccale. La sialographie montre une ectasie canalaire.

Ces lésions sont parfois associées à des collagénoses: lupus, polyarthrite rhumatoïde.

Un processus auto-immun en est souvent l'origine. La kératoconjonctivite (sécheresse oculaire), la sécheresse buccale et la parotidomégalie constituent le **syndrome de Gougerot-Sjögren** (voir lien).

Il faut toujours craindre leur dégénérescence vers un lymphome.

## *6.4. L'hypertrophie parotidienne isolée est rare*

Il faut rechercher une association avec une hypothyroïdie, un syndrome de Cushing, une goutte, un diabète, une cirrhose éthylique au début. Les parotidomégalies nutritionnelles surviennent chez les mangeurs de pain en excès.

## *6.5. Les tumeurs parotidiennes*

Sont pour une grande majorité bénignes et se manifestent par un nodule intraparotidien.

### *6.5.1. L'adénome pleiomorphe (50 à 70% des tumeurs parotidiennes)*

Est une tumeur bénigne de croissance lente, indolore mais volontiers récidivante surtout en cas d'exérèse limitée. Son traitement est chirurgical, il s'agit d'une parotidectomie totale ou subtotale. L'adénome pleiomorphe est constitué par l'association de 2 structures: des cellules épithéliales et des éléments mésenchymateux.

Sa consistance est dure. La tumeur apparaît bien limitée (fausse capsule). Il n'existe ni adhérence, ni signes inflammatoires, ni paralysie faciale, ni adénopathie cervicale. La transformation maligne survient dans le cas de tumeur évoluant depuis très longtemps ou lors d'une récurrence.

### *6.5.2. Les autres tumeurs de la parotide*

Les autres tumeurs de la parotide sont :



- Le cystadénolymphome ou tumeur de Whartin qui siège de préférence au pôle inférieur de la parotide, sa consistance est plus souvent ferme ou d'allure kystique.
- Un carcinome muco-épidermoïde correspond à une tumeur maligne à évolutivité plus ou moins agressive. Elle est composée de cellules mucoïdes et de cellules épidermoïdes.
- Les carcinomes à cellules acineuses sont très rares, d'évolution très lente vers la région cervicale. Ils se caractérisent par de violentes douleurs faciales.
- Les carcinomes adenoïdes kystiques (ou cylindromes) sont des tumeurs malignes de consistance irrégulière, de croissance lente. Elles s'accompagnent de douleurs et parfois de paralysie faciale. Leur évolution lente peut être marquée par des récives et des métastases viscérales tardives (poumon).
- Les adénocarcinomes et les carcinomes épidermoïdes évoluent en général rapidement. Apparaissent des adénopathies cervicales, des douleurs, un envahissement cutané, une paralysie faciale ou des métastases.