

Les tumeurs malignes du voile du palais : à propos de deux cas

M. ELHADJEN,
D. DJENNAOUI,
Service ORL et CCF
CHU Mustapha Bacha, Alger

Introduction :

Les tumeurs malignes du voile sont les tumeurs les plus rares de la cavité buccale et de l'oropharynx.

Sur le plan histologique, les carcinomes constituent l'essentiel des tumeurs malignes chez l'adulte alors que les sarcomes concernent essentiellement l'enfant.

La prise en charge de ces tumeurs est pluridisciplinaire dominée par la chirurgie et le pronostic demeure tributaire du type histologique et de l'extension tumorale.

Matériel et méthodes :

Notre étude concerne deux patients : un adulte et un enfant pris en charge au service d'ORL du CHU Mustapha en collaboration avec les services d'oncologie et de radiothérapie du centre de Pierre et Marie Curie.

1^{er} cas clinique :

Patiente H.S de sexe féminin âgée de 46 ans sans antécédents particuliers et sans notion d'intoxication alcoolotabagique, consulte à notre niveau pour sensation de corps étranger endo-buccal (côté gauche du palais).

L'examen retrouve une masse de 2 x 1,5 cm environ au niveau de la région vélaire en regard de la dernière molaire gauche, à cheval entre le palais dur et mou. Cette masse est latéralisée à gauche par rapport à la ligne médiane, de consistance ferme, indolore et ne saignant pas au contact ;

le reste de l'examen de la tête et du cou est sans particularités.

Une TDM faite retrouve une masse vélaire supra amygdalienne gauche. Une biopsie faite révèle un adénome pléomorphe.

La patiente est opérée aussitôt avec exérèse totale de la masse par voie endo-buccale avec de bonnes opératoires. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire conclut à un carcinome adénoïde kystique ou cylindrome. La décision de ré-intervention est prise et la patiente est ré-opérée 30 jours après : exérèse de toute la muqueuse du versant buccal de l'hémi palais gauche étendue à la lnette et à l'amygdale gauche en emportant la masse avec ablation de la partie libre de l'os du palais sous-jacent à la masse ; la reconstitution du versant buccal de l'hémi palais est effectuée par greffe de peau libre prélevée au niveau de la région sous claviculaire.

La patiente bénéficie d'une radiothérapie post opératoire sur le palais (65 Grays) et les chaînes ganglionnaires cervicales (65 Grays).

Après un suivi post thérapeutique régulier d'environ 5 ans, nous n'avons pas noté de récurrence ni de métastases à distance, cependant, la patiente présente une rhinolalie et sera candidate à une pharyngoplastie.



Greffe de peau libre après exérèse de la tumeur muqueuse du versant buccal de l'hémi-palais gauche emportant la tumeur avec la lnette et l'amygdale gauche



1 mois après l'intervention



2 ans après l'intervention



5 ans après l'intervention

2^{ème} cas clinique :

Patiente âgée de 14 ans, collégienne, sans antécédents particuliers ni habitudes toxiques, présente depuis Mai

2007 une tuméfaction oropharyngée s'exprimant cliniquement par une dysphagie aux solides.

L'examen clinique objective une énorme masse bourgeonnante du voile du palais comblant l'oropharynx, étendue à l'amygdale droite, à base d'implantation large, ne saignant pas au contact avec une double composante : ferme rougeâtre et friable jaunâtre. Le reste de l'examen de la tête et du cou est sans particularités. La TDM, pratiquée chez la patiente, montre un processus tissulaire occupant l'oropharynx et en partie le rhinopharynx, rehaussée après injection de produit de contraste avec une zone hypodense de nécrose ; cette masse est étendue à l'amygdale droite.

La patiente a bénéficié auparavant de biopsies à 4 reprises : la 1^{ère} à Bejaia non concluante, la 2^{ème} à Bouira concluant à un carcinome indifférencié ou lymphome de haut grade, la 3^{ème} au CHU de Tizi-Ouzou revenue en faveur d'un rhabdomyosarcome botryoïde probable confirmé par une 4^{ème} biopsie faite au CPMC confirmant le diagnostic de rhabdomyosarcome botryoïde.

Le bilan d'extension effectué chez la patiente n'a pas révélé de métastases à distance.

Aussitôt, la patiente a bénéficié de 7 cycles de chimiothérapie de type IVA (Isofosfamide – Vincristine – Adriamycine) en 1^{ère} ligne mais devant la non réponse clinique et radiologique la patiente a bénéficié d'une 2^{ème} ligne de chimiothérapie : 3 cycles de type VIP (Vincristine – Isofosfamide – Cisplatine).

Devant la faible diminution du volume tumoral, la patiente est adressée à notre niveau pour sanction chirurgicale en Avril 2008. Il est procédé à une ablation en totalité du versant buccal de la muqueuse du palais emportant toute la masse avec amygdalectomie bilatérale suivie d'une greffe de peau libre prélevée au niveau de la région sous claviculaire gauche.

Les suites opératoires étaient bonnes avec mise en place d'une sonde naso-gastrique d'alimentation pendant 6 jours.

Une radiothérapie post opératoire est réalisée sur le palais (50 Grays) et sur les aires ganglionnaires cervicales (50 grays).

Après un suivi d'environ 5 ans, la patiente n'a pas présenté de récurrences ni de métastases à distance mais présente une rhinolalie qui sera réglée par pharyngoplastie.



Tumeur infiltrant tout le voile mou

Aspect de la tumeur en préopératoire



Pièce opératoire

Greffes de peau libre recouvrant le palatin



Patiente à J8 post opératoire

Patiente 4 ans post opératoire

Discussion :

Les tumeurs malignes du palais sont les tumeurs les plus rares de la cavité buccale. Elles représentent environ 5 à 12 % de toutes les tumeurs de l'oropharynx.

Sur le plan histopathologique, les carcinomes représentent l'essentiel des tumeurs malignes chez l'adulte alors que les sarcomes sont l'apanage de l'enfant.

Cliniquement, le voile mou est plus souvent atteint que le palais dur. La symptomatologie est pauvre : sensation de corps étranger voire simple gêne à la déglutition, rarement une douleur.

L'histologie est un temps important et capital au diagnostic et à la conduite thérapeutique.

La prise en charge thérapeutique est quasiment multidisciplinaire où la chirurgie en constitue un temps primordial.

En plus de l'histologie, l'extension tumorale locale et la présence ou non de métastases conditionnent la conduite thérapeutique.

La reconstruction secondaire des pertes de substance est un temps important de la chirurgie pour la restauration d'une fonction vélo-pharyngée satisfaisante. Selon la perte de substance, plusieurs types de procédés sont proposés :

- Greffe de peau mince (cas de nos 2 patients) ;
- Lambeau pédiculé de la muqueuse jugale ;
- Lambeau myocutané du grand pectoral et lambeau antébrachial dans les pertes importantes notamment osseuses.

En cas d'échec, une prothèse palatine obturatrice sera proposée.

Conclusion :

Les tumeurs malignes du voile du palais sont rares et de prise en charge thérapeutique difficile. Le type histologique et l'extension tumorale conditionnent la conduite thérapeutique. La restauration de la fonction vélo-pharyngée conditionne la qualité de vie du patient.

Date de soumission :

21 Février 2018

Références :

1. Laskaris G. Atlas des maladies buccales : Flammarion médecine science, 1997.
2. Le Phuong et Sophie Toupin : les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx
3. Gabriela Versiani Duraes, Bruno Correia Jham, Ana Teresinha Marques Mesquita, Cassio Roberto Rochas Dos Santos, Joao Luiz Miranda : Oral embryonal rhabdomyosarcoma
4. D. Farengera, H. Reyhler : les tuméfactions palatines. Service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale, cliniques universitaires Saint Luc, université catholique Bruxelles
5. Nader Sadeghi, MD, FRCS (C), Chief Editor Arlen D Meyers, MD, MBA: malignant tumors of the palate.