

## Carcinome adénoïde kystique du palais chez un sujet de moins de 30 ans : à propos d'une observation clinique.

Tabeti-Bentahar CF\*, Benaouf S\*, Rahem MS\*\*, Bouzouina F\*.

\*Service de Pathologie et Chirurgie Buccales CHU Oran Algérie.

\*\*Service d'Oto-Rhino-Laryngologie CHU Oran Algérie.

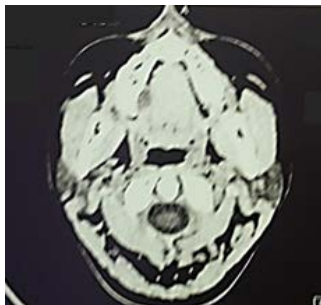
Correspondance : [tabeti.cherifa@gmail.com](mailto:tabeti.cherifa@gmail.com) / [tabeti.cherifa@univ-oran1.dz](mailto:tabeti.cherifa@univ-oran1.dz)

**INTRODUCTION :** Le carcinome adénoïde kystique (CAK) se développe dans le massif facial aux dépens de glandes salivaires accessoires. Malgré une évolution lente, il reste une tumeur maligne agressive au pronostic réservé [1].

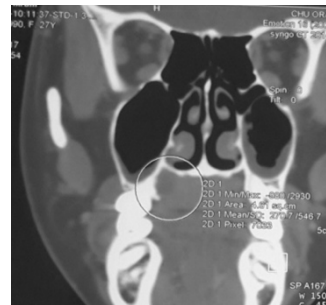
**OBSERVATION CLINIQUE :** Une jeune femme, âgée de 27 ans s'est présentée pour une tuméfaction du palais dur postérieur droit, recouverte par une muqueuse d'aspect normal, de consistance ferme apparue depuis trois mois, non douloureuse à la palpation douce et à la pression. La tomodynamométrie (TDM) a retrouvé une lésion mixte tissulaire et kystique du palais dur droit, grossièrement ovale, ne se relevant pas à l'injection de produit de contraste avec un effet de *scalloping* sur l'os. L'IRM a objectivé une lésion bien limitée de forme ovale, à paroi épaisse mesurant 04 mm par endroits prenant le contraste en hypersignal T2 et hyposignal T1 sans restriction de la diffusion, hétérogène par la présence de quelques fines cloisons, entourée par un discret œdème périlésionnel et ne dépassant pas la ligne médiane, exerçant un effet de *scalloping* sur la corticale de l'os en regard de la 17.



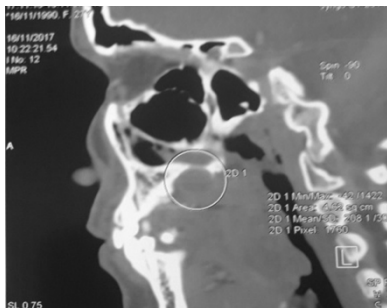
Tuméfaction palatine postérieure droite recouverte d'une muqueuse normale



TDM : Formation du palais dur droit ovale.



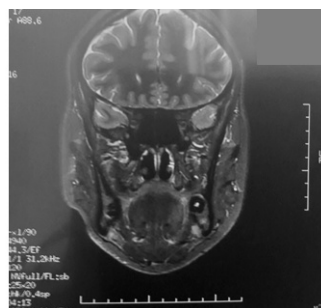
TDM : Coupe frontale montrant un *scalloping* sur l'os.



TDM : coupe sagittale : *scalloping* sur l'os palatin.



Résultat de l'IRM.



IRM : Coupe frontale



IRM : Coupe sagittale.

Après chirurgie carcinologique, l'anatomopathologie est revenue en faveur d'un carcinome adénoïde kystique cribriforme. La patiente a bénéficié d'une radiothérapie postopératoire complémentaire.

**DISCUSSION :** En dehors des localisations glandulaires principales (parotide et submandibulaire), le CAK siège essentiellement au niveau du palais, plus rarement dans les glandes salivaires accessoires des sinus ou des fosses nasales. De façon plus exceptionnelle, des localisations intra osseuses peuvent toucher la mandibule et seraient issues d'inclusions glandulaires ou de la transformation maligne de cellules mucosécrétantes contenues dans certains kystes dentigères. L'âge de découverte se situe entre la 4<sup>ème</sup> et la 6<sup>ème</sup> décennie mais il peut toucher tous les âges y compris les enfants avec une légère prédominance masculine (3:2) [2]. Le CAK est la forme la plus fréquente de tumeur maligne du palais, représentant selon les auteurs 15 à 20% des tumeurs malignes buccales. Il peut toucher le palais dur surtout chez l'homme et le palais mou surtout chez la femme [3]. L'évolution lente est souvent responsable d'une grande latence clinique. Au niveau palatin, une voussure très progressive est habituelle. Surtout, des douleurs, des paresthésies le long des branches du triangle peuvent survenir, témoins des infiltrations périneurales dont la fréquence est une des caractéristiques des complications observées dans ces tumeurs [Jaso 2011]. Le CAK est une tumeur récidivante, elle donne des métastases régionales, ganglionnaires, viscérales (os, poumons, cerveau, reins, foie) souvent tardives [3,4]. L'extension générale se fait le long des nerfs et des vaisseaux. Le traitement chirurgical doit être radical et passer largement en tissu sain. Il peut être très délabrant [3], avec pour certains auteurs, une électrocoagulation des tissus avoisinants [4]. Le CAK doit être le premier diagnostic à éliminer devant une tuméfaction palatine et cela quelque soit l'âge du patient. Les récurrences fréquentes et les métastases parfois tardives justifient d'un suivi à long terme des patients.

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

1. Hamsa PRR, Priya SA, Priya SA, Rani PRT. Adenoid cystic carcinoma: A case report and review on its histogenesis and morphogenesis. *Int J Oral Maxillofac Pathol* 2012;3(2):76-80.
2. Jaso J, Malhotra R. Adenoid cystic carcinoma. *Arch Pathol Lab Med* 2011;135:511-515.
3. Gleizal A, Merrot O, Bouletreau P. Affections vélopalatines. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie, 22-056-A-30, 2005, Médecine buccale, 28-290-G-10, 2008.*
4. Bouletreau P, Froget N., Gleizal A, Breton P. Affections du plancher de la bouche. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie, 22-056-A-10, 2005, Médecine buccale, 28-285-V-10, 2008.*