

CARCINOME SÉBACÉ DE LA PAROTIDE : à propos d'un cas et revue de la littérature

MOHAMED CHERIF WY., SALHI K.

Service ORL et CCF. Hôpital Central de l'Armée Aïn Naadja, Alger.

E-mail : MOHAMED CHERIF WY : myassine24@gmail.com ;

SALHI K : medessana@yahoo.fr

RÉSUMÉ :

Le Carcinome Sébacé (CS) est une tumeur maligne rare, principalement agressive, affectant les tissus cutanés de la région périoculaire (paupières). La localisation au niveau de la glande parotide est extrêmement rare et représente moins de 1% des néoplasmes parotidiens. Un homme de 53 ans a consulté pour une masse latérocervicale gauche. L'examen clinique a révélé une augmentation de volume de la glande parotide gauche, avec des adénopathies cervicales homolatérales suspectes. Aucune lésion cutanée n'a été observée. Une cytoponction de la parotide est en faveur d'un processus carcinomateux. L'IRM de la parotide est favorable pour ce diagnostic. Une résection de la glande a été réalisée avec curage jugulo-carotidien homolatéral. Les résultats anatomopathologiques étaient compatibles avec un carcinome sébacé primaire de la glande parotide. Bien qu'on note la présence de glandes sébacées dans environ 10 à 40 % des glandes parotides, les tumeurs malignes des glandes salivaires sébacées sont extrêmement rares, représentant moins de 0,2 % de toutes tumeurs salivaires. La cytoponction et l'IRM jouent un rôle prépondérant dans l'orientation diagnostique de cette tumeur, mais le diagnostic positif reste l'étude histopathologique définitive. Le traitement repose sur une chirurgie large tumorale et ganglionnaire, associée à une radiothérapie d'appoint. Conclusion : le carcinome sébacé de la glande parotide est extrêmement rare. Ses caractéristiques cliniques et radiologiques ne sont pas spécifiques. Le traitement optimal n'est pas clairement établi et la prise en charge de cette tumeur rare continue d'évoluer.

Mots clés : Glande Parotide, Carcinome sébacé, Rareté, Cytoponction, IRM.

ABSTRACT : SEBACEOUS CARCINOMA OF THE PAROTID : about a case and review of literature.

Sebaceous carcinoma (SC) is a rare, primarily aggressive malignant tumor affecting the skin tissues of the periocular region (eyelids). Localization in the parotid gland is extremely rare and accounts for less than 1% of parotid neoplasms. A 53-year-old man presented with a left laterocervical mass. Clinical examination revealed an enlarged left parotid gland, with suspicious ipsilateral cervical lymphadenopathy. No skin lesions were observed. A fine needle aspiration biopsy of the parotid gland suggested a carcinomatous process. An MRI of the parotid gland supported this diagnosis. A resection of the gland was performed with ipsilateral carotid jugular dissection. The pathological findings were consistent with a primary sebaceous carcinoma of the parotid gland. Despite the presence of sebaceous glands in approximately 10 to 40% of parotid glands, malignant tumors of the sebaceous salivary glands are extremely rare, representing less than 0.2% of all salivary gland tumors. Fine needle aspiration biopsy and MRI play a key role in the diagnosis of this tumor, but definitive diagnosis depends on histopathological examination. Treatment is based on extensive tumor and lymph node surgery, combined with adjuvant radiotherapy. Conclusion : sebaceous carcinoma of the parotid gland is extremely rare. Its clinical and radiological features are nonspecific. The optimal treatment is not clearly established, and the management of this rare tumor continues to evolve.

Key words : Parotid gland, Sebaceous carcinoma, Rare, Fine needle aspiration cytology, MRI.

INTRODUCTION

Les tumeurs sébacées sont rares et leur classification est controversée [1,2]. Elles surviennent principalement au niveau des paupières [1], mais d'autres sites peuvent exceptionnellement être touchés.

En 1953, Foote FW Jr et Frazell [3] ont été les premiers à rapporter un cas d'adénome sébacé, précisant que la mention d'un seul exemple de ce type de tumeur était plus une anticipation qu'une preuve de son existence réelle. Six ans plus tard, Rauch et Masshoff [4] ont décrit une tumeur maligne sébacée dans la glande parotide [5].

Le carcinome sébacé est défini par l'OMS comme «une tumeur maligne composée de cellules sébacées à différents stades de maturité, disposées en feuillets et/ou en nids avec des degrés variables de pléomorphisme, d'atypie nucléaire et d'invasivité» [1,6].

Quelle que soit sa localisation, le carcinome sébacé doit être considéré comme une tumeur agressive avec un potentiel de métastases régionales et à distance [2].

Nous rapportons dans notre travail un cas de cette entité très rare, en étudiant ses caractéristiques cliniques et pathologiques, et en proposant une brève revue de la littérature.

OBSERVATION

Monsieur BA âgé de 54 ans, consulte pour une masse latéro-cervicale gauche persistante depuis 07 mois. Notre patient est suivi en psychiatrie pour une schizophrénie et selon son médecin traitant, il est stable et équilibré. On ne note pas d'habitudes toxiques alcool-tabagiques ou d'antécédents d'irradiation ou d'autres pathologies.

La masse avait augmenté lentement de volume avec absence de douleurs, absence de fièvre, de frissons ou de perte de poids. À l'examen physique, la glande parotide gauche (figures 1 et 2) était augmentée de volume, ferme, avec une peau en regard violacée, non douloureuse à la palpation, associée à des adénopathies cervicales homolatérales.



Figures 1-2. Masse parotidienne gauche avec peau violacée en regard et une cicatrice d'incision cutanée (biopsie).

L'examen facial ne décèle pas de signes en faveur d'une paralysie faciale.

On notait une cicatrice d'incision cutanée (figures 1 et 2) en regard de la tumeur, en rapport avec une biopsie faite à titre externe chez un confrère ORL, revenue en faveur d'un processus carcinomateux.

Une cytoponction figure 3) faite aussi à titre externe est en faveur d'un processus carcinomateux.

L'IRM des parotides (figures 4 et 5) a révélé une volumineuse masse solide intra parotidienne gauche, mesurant 50x59mm, en isosignal T1, signal intermédiaire T2, un hypersignal diffusion avec restriction de l'ADC (rapport 0,7-0,9) et un rehaussement

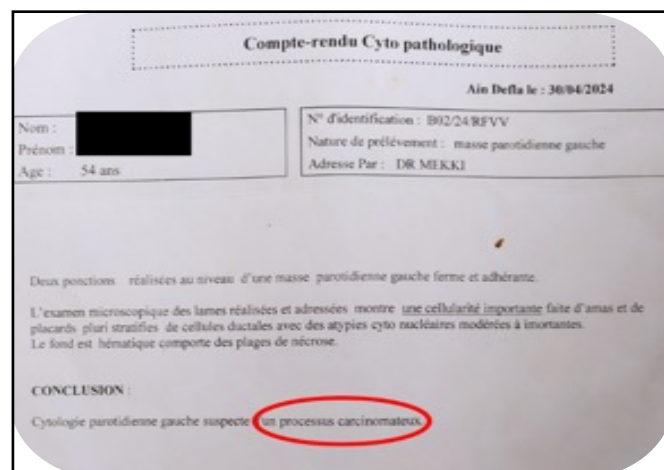
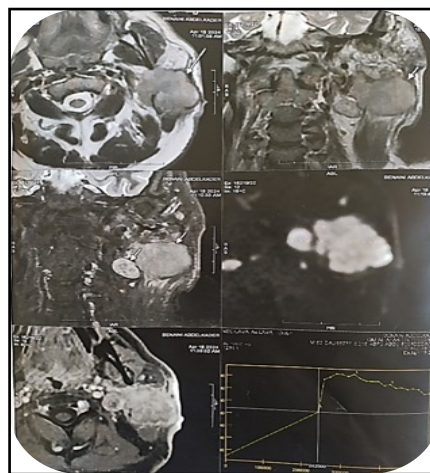
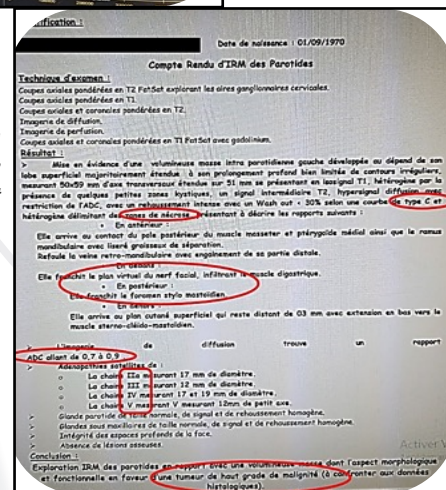


Figure 3. Cytoponction parotidienne en faveur d'un processus sébacé.



Figures 4 et 5. IRM des parotides en faveur d'une tumeur de haut grade de malignité de la parotide gauche.



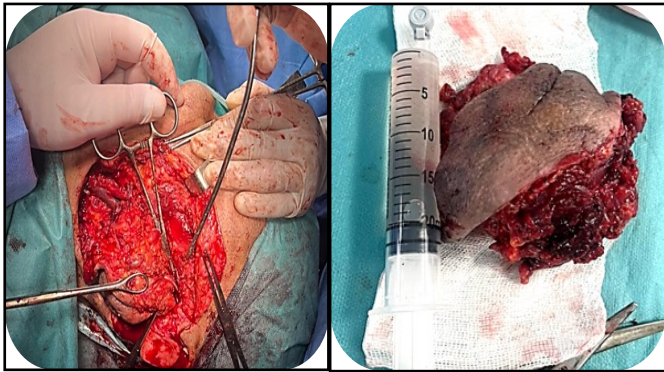
intense avec Wash out < 30% (courbe C), présentant des zones de nécrose.

Cette masse infiltre le muscle digastrique, le trou stylo-mastoïdien et franchit le plan u nerf facial. Elle arrive au plan cutané sans le franchir et en bas s'étend au muscle sterno-cleido-mastoïdien et présence d'adénopathies homolatérales suspectes des secteurs IIa, III, IV et V.

Un bilan d'extension (TDM abdomino-pelvienne + scintigraphie osseuse) est revenu sans particularités, ainsi qu'un bilan général, confirmant l'absence de co-morbidités.

Après avoir informé notre patient sur sa pathologie (avec présence d'un de ses frères vu son état psychique), et sur la prise

en charge chirurgicale, surtout vis à vis du sacrifice éventuel du nerf facial si son infiltration est confirmée en per opératoire, nous avons eu un consentement favorable pour l'intervention. Notre patient a subi une parotidectomie totale gauche, élargie à la peau en regard (figures 6 et 7).



Figures 6 et 7. Parotidectomie totale gauche, élargie à la peau en regard.

À une partie du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien infiltré (figure 8), associé malheureusement à un sacrifice du nerf facial qui était enrobé et pris par la tumeur (figure 9).



Figure 8. Sacrifice d'une partie du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien infiltré.

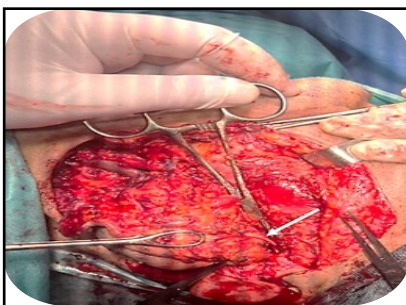


Figure 9. Sacrifice du nerf facial (flèche blanche) qui était enrobé et pris par la tumeur.

On a procédé à un évidement ganglionnaire jugulo-carotidien homolatéral des secteurs IIa, III, IV et V (figure 10).



Figure 10. Curage ganglionnaire jugulo-carotidien fonctionnel homolatéral à la tumeur des secteurs IIa, III, IV et V.

La fermeture s'est faite sur un drain de Redon, avec un lambeau de rotation local (figure 11), sans tensions notées.



Figure 11. Fermeture s'est faite par un lambeau de rotation local sans tensions.

L'examen histopathologique (figure 12) est en faveur d'un carcinome sébacé moyennement différencié de la glande parotide, à 07 cm de grand axe. Les limites de résection cutanée étaient saines, le muscle sterno-cleïdo-mastoïdien n'était pas infiltré et le curage ganglionnaire retrouve 29 ganglions, dont deux (02) sont métastatiques avec rupture capsulaire. Il est noté, en plus, la présence d'engainements péri nerveux.

L'immunohistochimie a montré une expression de façon hétérogène des récepteurs androgéniques (RA), avec absence d'expression du TTF1 (figure 12).

Immunohistochimie :

L'étude immunohistochimique réalisée sur le (bloc x) montre que les cellules tumorales expriment de façon hétérogène les récepteurs androgéniques (RA) et n'expriment pas le TTF1.

Conclusion :

ASPECT HISTOPATHOLOGIQUE D'UNE TUMEUR MALIGNANTE À DIFFÉRENCIATION SÉBACÉE EN FAVEUR D'UN CARCINOME SÉBACÉ MOYENNEMENT DIFFÉRENCIÉ AVEC INFLÉXION ONCOCYTAIRE (APOCRINE), DE 07 CM DE GRAND AXE.
- PRÉSENCE D'EMBOLES VASCULAIRES TUMORAUX ET D'ENGAINEMENTS PÉRI NERVEUX.
- LES LIMITES DE RÉSECTION CUTANÉE PÉRIPHÉRIQUES SONT SAINES.
- LA LIMITE INTERNE ENCÉE EST À 01mm.
- LE MUSCLE STERNO-CLEÏDO-MASTOÏDIEN ADRESSÉ DANS UN FLACON, N'EST PAS INFILTRÉ.
- LE CURAGE A RETROUVÉ 29 GANGLIONS, DONT DEUX (02) SONT MÉTASTATIQUES AVEC RUPTURE CAPSULAIRE.

Figure 12. Etude histopathologique des pièces opératoires + immunohistochimie.

En post-opératoire, la seule complication observée était une paralysie faciale périphérique (PFP) gauche sévère (Stade V de House et Brackman), secondaire à la section obligée du nerf facial.

Une radiothérapie en complément thérapeutique a été indiquée (RCP tête et cou) et notre patient va en bénéficier après cicatrisation complète et une petite préparation (stomatologie+++). Notre patient avant d'être perdu de vue, sera revu en contrôles réguliers sur une période de 06 mois post-opératoire. On ne notait pas de signes de récurrence et la PFP était bien prise en charge surtout en ophtalmologie et en rééducation.

DISCUSSION

Les glandes sébacées sont présentes dans environ 10 à 40 % des glandes parotides normales. Cependant, les tumeurs sébacées malignes des glandes salivaires sont extrêmement rares, représentant moins de 0,2 % de toutes les tumeurs des glandes salivaires majeures [7].

Le carcinome sébacé a été décrit pour la première fois dans les glandes salivaires par Rauch et Masshoff [4]. Il s'agit d'une néoplasie maligne rare et agressive, survenant généralement dans la région de la tête et du cou, impliquant dans 75 % des cas la région périoculaire, en particulier la paupière supérieure chez les femmes âgées [1,2].

La tranche d'âge des patients touchés est de 17 à 93 ans, l'incidence maximale pour toutes les tumeurs sébacées primaires des glandes salivaires survenant entre la sixième et la septième décennie. Le ratio hommes/femmes est de 1:1 [5].

La symptomatologie habituelle est souvent une tuméfaction indolore, à croissance lente et asymptomatique, conduisant à un diagnostic tardif ou erroné. Mais parfois, une douleur était ressentie ainsi qu'une paralysie faciale ou une fixation à la peau sus-jacente [5,8].

De rares cas sont survenus sur un adénome pléomorphe de la parotide préexistant [1,9].

À l'examen histopathologique, le carcinome sébacé (CS) variait de 0,6 à 9,5 cm dans sa plus grande dimension et à la coupe, il était de couleur grise à beige. Les tumeurs sont fréquemment bien circonscrites ou partiellement encapsulées, avec des marges poussantes ou infiltrantes localement. Des zones de nécrose cellulaire sont couramment observées. Une invasion périneurale a été observée dans plus de 20 % des tumeurs, tandis qu'une invasion vasculaire était extrêmement rare [5,7].

En immunohistochimie, le Récepteur aux Androgènes (AR) est utile pour le diagnostic des carcinomes sébacés peu différenciés [1].

En raison de sa rareté, aucun consensus thérapeutique n'a été établi pour cette tumeur. Cependant, le traitement repose sur la chirurgie avec une exérèse chirurgicale large pour les carcinomes de bas grade et de stade précoce. Une radiothérapie adjuvante est recommandée pour les tumeurs de stade et de grade plus élevés, mais aussi en cas de marges positives. Une parotidectomie radicale et un curage ganglionnaire électif devraient être envisagés pour les tumeurs présentant une atypie cytologique marquée ou une atteinte du nerf facial [5,10].

Les Carcinomes Sébacés peuvent récidiver et métastaser rarement ; au moins six cas de CS des glandes salivaires ont été décrits avec récurrence locale et métastases [5,11]. Celles-ci peuvent survenir dans les poumons, le cerveau et les ganglions lymphatiques régionaux [1,12].

Le taux de survie global à 5 ans est de 62 %, significativement inférieur à celui des tumeurs similaires survenant dans la peau et l'orbite (84,5 %) [5,13].

CONCLUSION

Le carcinome sébacé de la glande parotide reste une tumeur extrêmement rare et agressive, le nombre total de cas décrits dans la littérature internationale reste probablement inférieur à 50. Ses qui rend ses caractéristiques cliniques et histopathologiques ne sont, donc, pas encore complètement élucidées et son diagnostic ainsi que sa prise en charge plus difficiles.

CONFLITS D'INTERETS :

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Date de soumission : 17/04/2025.

Date d'acceptation : 23/10/2025.

Date de publication : 16/12/2025.

REFERENCES

1. Khmou M, Laadam K, Cherradi N. Parotid gland, an exceptional localization of sebaceous carcinoma: case report. BMC Clin Pathol.

déc 2016;16(1):10.

2. Altemani A, Vargas PA, Cardinali I, Aguiar SS, Lopes M, Soares AB, et al. Sebaceous carcinoma of the parotid gland in children: An immunohistochemical and ploidy study. International journal of oral and maxillofacial surgery. 2008;37(5):433-40.

3. Foote FW Jr et Frazell F. Tumors of the major salivary glands. Cancer. 1953;6:1065-133.

4. Rauch S, Masshoff W. Sialoma resembling sebaceous gland. Frankfurter Zeitschrift für Pathologie. 1959;69:513-25.

5. Marnouche EA, Maghous A, Kadiri S, Berhili S, Touil A, Kettani F, et al. Sebaceous carcinoma of the parotid gland: a case report and review of the literature. J Med Case Reports. déc 2016;10(1):174.

6. Barnes L. Pathology and genetics of head and neck tumours [Internet]. Vol. 9. IARC; 2005 7. Ellis GL. Tumor of the salivary glands. Atlas of Tumor Pathology, Series 3. 1996;57-68.

8. Constant E, Leahy MS. Sebaceous cell carcinoma. Plastic and Reconstructive Surgery. 1968;41(5):433-7.

9. Cohn ML, Callender DL, El-Naggar AK. Sebaceous carcinoma ex-pleomorphic adenoma: a rare phenotypic occurrence. Annals of Diagnostic Pathology. 2004;8(4):224-6.

10. Manteghi A, Zwillenberg S, Arguello-Guerra V. Sebaceous carcinoma of the parotid gland: a case report and review of the literature. Ear, Nose, & Throat Journal. 2014;93(6):E29-32.

11. Gnepp DR. My Journey into the World of Salivary Gland Sebaceous Neoplasms. Head and Neck Pathol. mars 2012;6(1):101-10.

12. Takada Y, Kawamoto K, Baba S, Takada T, Inoue T, Tomoda K. Sebaceous carcinoma of the parotid gland: a case report. Case Reports in Oncology. 2015;8(1):106-12.

13. Boniuk M, Zimmerman LE. Sebaceous carcinoma of the eyelid, eyebrow, caruncle, and orbit. International Ophthalmology Clinics. 1972;12(1):225-57.