

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LE RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

FMOS

Année universitaire 2021 – 2022

Mémoire N° :/.....

MEMOIRE

**HEMANGIOME PAROTIDIEN DE
L'ENFANT A PROPOS D'UN CAS :
Aspect diagnostique et thérapeutique**

Présenté et soutenu le.... /.... / 2023 devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie
par :

Hawa DICKO

POUR OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISES EN OTO-RHINO
LARYNGOLOGIE ET DE CHIRURGIE CERVICO-FACIALE (ORL-CCF)

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

PRESIDENT : Pr KEITA Mohamed A

JUGES : Pr SACKO Hamidou

Pr SOUMAORO Siaka

DIRECTEUR : Pr KONE Fatogoma Issa

REMERCIEMENT

A notre maître, Professeur KEITA Mohamed Amadou, coordinateur du D.E.S
ORL-CCF,

Chef de service ORL-CCF, chef du département de chirurgie de l'hôpital
Gabriel TOURE

Cher maître tout l'honneur est pour nous d'avoir accepté la présidence de ce
travail. Nous vous remercions pour l'enseignement reçu et pour l'engagement
inconditionnel au profit de l'ORL-CCF au Mali, voire dans la sous-région et au-
delà.

Professeur SACKO Hamidou Baba

Maître de conférences d'ORL-CCF à la Faculté de Médecine et d'Odonto-
Stomatologie

Président de l'AMASA-ORL (Association Feu Docteur Mamadou Sacko
pour la promotion de l'ORL)

MD CES et PhD en ORL

Chef de service d'ORL- CCF de la commune IV

Cher maître vous nous faites honneur en acceptant de juger ce travail. Nous
admirons votre dévouement et votre engagement pour cette discipline. Nous
vous remercions pour l'enseignement reçu.

Professeur SIAKA SOUMAORO.

Maître de conférences d'ORL et CCF à la Faculté de Médecine et d'Odonto-
Stomatologie

Praticien hospitalier au CHU-Gabriel TOURE

Membre de la société malienne d'ORL (SMORL)

Membre de la société Bénino-togolaise d'ORL (SOBETORL)

Cher maître vous nous faites honneur en jugeant ce travail, votre dévouement et
votre humilité font de vous un maître admirable. Nous vous remercions pour
votre accompagnement scientifique ainsi que l'enseignement reçu.

A Notre maitre Professeur KONE Fatogoma. Issa

Maitre de conférences à la FMOS

Spécialiste en ORL et CCF

Praticien au service d'ORL-CCF à l'hôpital Gabriel Touré

Membre de la société Malienne d'ORL-CCF (SMOR)

Membre de la société ORL des pays d'Afrique francophone(SORLAF)

Cher maitre vous nous avez honoré en acceptant de diriger ce travail, nous vous remercions pour un engagement particulier au profit des étudiants, nous admirons votre sens du travail et votre dévouement inconditionnel pour ce service.

Nous vous remercions pour l'enseignement reçu.

A tous les enseignants et les membres du comité pédagogique du D.E.S ORL-CCF du Mali, pour leur disponibilité et la promptitude avec laquelle ils nous ont enseigné.

A tous les médecins en spécialisation ORL-CCF, le personnel du service ORL-CCF et tous les autres services de l'hôpital Gabriel TOURE pour leurs collaborations et leurs soutiens.

A tous les collègues DES ORL-CCF, merci pour les moments passés ensemble dans l'entre aide et la cohésion ainsi qu'à mes amis.

A mon père Feu Mohamed Dicko pour tout l'encouragement reçu

J'ai pu poursuivre ce parcours grâce à tes nombreux conseils.

A ma mère, une grande femme qui m'a tout donné dans la vie.

A toute la famille Dicko, oncles, tantes, frères et sœurs.

A mon mari, un homme spécial qui m'a tout donné, merci pour l'accompagnement.

A la famille Bagayoko, merci pour le soutien.

HEMANGIOME PAROTIDIEN DE L'ENFANT

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	5-7
II. OBJECTIFS.....	8-9
III. GENERALITES.....	10-23
IV. OBSERVATION.....	24-32
V. DISCUSSION.....	33-36
CONCLUSION.....	37-38
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	39-42
RESUME.....	43-44

FIGURES ET IMAGES

Figure 1 : chirurgie de la glande parotide

Figure 2 : Anatomie de la loge parotidienne

Image 3 : TDM de la masse en coupe coronale

Image 4 : TDM de la masse en coupe axiale

Figure 5 : Image de la lésion avant l'intervention

Figure 6 : Image peropératoire d'une parotidectomie totale

Figure 7 : Image de la lésion cicatrisée après l'intervention

Figure 8 : Images histologiques

SIGLES ET ABREVIATIONS

MAE : Méat Auditif Externe

SCM : Sterno-cléido-mastoïdien

IRM : Image par Résonance Magnétique

TDM : Tomodensitométrie

ORL : Oto-Rhino-laryngologie

RICH : Hémangiome Congénital Rapidement Involutif

NICH : Hémangiome Congénital Non Involutif

IH : Hémangiome infantile

HFUS : Echographie Haute Fréquence Ultrasensible

SMAS : Système Musculo-aponévrotique

I. INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

Les hémangiomes infantiles sont des lésions vasculaires relevées, rouges ou violacées, hyperplasiques qui sont présents à la naissance dans 10 à 20% des cas, ou apparaissent presque toujours lors des premières semaines de vie, les lésions plus profondes peuvent n'apparaître que quelques mois après la naissance. La taille et la vascularisation de l'hémangiome augmentent rapidement, atteignant souvent un pic à l'âge de 1 an [1,2]. On peut classer les hémangiomes infantiles selon leur siège (superficiel, profond), selon qu'ils sont caverneux ou capillaires, selon leur aspect. Cependant, toutes ces lésions partagent une physiopathologie et une histoire naturelle commune, c'est pourquoi on préfère le terme général d'hémangiome infantile au cours de la première année de vie [1,2]. Ils régressent le plus souvent spontanément [1,2]. Chez l'enfant, les hémangiomes parotidiens représentent plus de la moitié des tumeurs des glandes salivaires. Ils sont présents à la naissance dans la majorité des cas et connaissent une phase proliférative durant les 6 à 8 premiers mois de l'enfant, suivie par une phase involutive complète dans 70 à 95 % des cas avant la première décennie [3].

La prise en charge repose sur le propranolol et son efficacité a été démontrée selon les études dans les hémangiomes infantiles sévères ou compliqués [3,4]. Ce traitement a peu d'effets secondaires comparé au traitement de référence que représentaient les corticoïdes. Ce traitement apparaît à l'heure actuelle comme le traitement à utiliser en première ligne dans les cas d'hémangiome compliqué, il nécessite une courte hospitalisation pour vérifier l'absence de contre-indication et la bonne tolérance à l'instauration. Le traitement chirurgical est à réserver aux hémangiomes parotidiens échappant à toute thérapeutique médicale et dont l'évolution conduit à de graves complications (saignement, ulcération, compression des voies aériennes). Le risque de paralysie faciale postopératoire est augmenté du fait de l'infiltration de la vascularisation de l'hémangiome au sein de la parotide et de la périnèvre.

Nous rapportons un cas d'hémangiome parotidien chez un nourrisson de 9 ans, à travers ce cas nous voulions mettre en exergue l'aspect diagnostique et thérapeutique.

II. OBJECTIFS

II.OBJECTIFS :

1. OBJETIF GENERAL :

- Décrire l'aspect épidémiologique, diagnostique et thérapeutique de l'hémangiome parotidien.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Apporter l'intérêt de la prise en charge chirurgicale précoce de l'hémangiome parotidien.
- Préciser les méthodes de préservation du nerf facial au cours de l'abord de l'hémangiome parotidien.
- Décrire les caractéristiques histologiques de l'hémangiome parotidien

III. GENERALITES

III. GENERALITES

1. Définition :

L'hémangiome parotidien est la principale tumeur parotidienne de l'enfant. C'est la malformation d'un vaisseau. Ce hémangiome est immature et concerne le nourrisson ou le petit enfant [10].

2. Rappel anatomique :

L'étude anatomique nécessaire à une bonne approche chirurgicale permet de localiser le nerf facial à partir de repères constants. Les repères constants sont la mastoïde, véritable promontoire du rocher ; l'arcade zygomatique, croisée par les filets de la branche temporo-faciale, le tragus ; le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien sur lequel chemine le plexus cervical superficiel. On retrouve aussi la veine jugulaire externe. Le nerf facial, qui divise la glande parotide en deux lobes, sort du trou stylomastoïdien, formant un tronc qui se divise en deux branches : une branche temporo-faciale et une branche cervico-faciale. Le nerf facial est très profond et sa division en deux branches est variable : aucune systématisation ne peut être faite, ce qui nécessite une grande prudence lors de son abord. Il a été décrit une « zone muette » entre les deux branches du nerf facial, cette « zone muette » ne comportant pas de filets nerveux. Cette particularité anatomique n'a pas été retrouvée lors des dissections du facial. Il n'existe donc pas de zone muette, le facial est profond. La glande est traversée par l'artère carotide externe et la veine communicante intra-parotidienne [9].

Région parotidienne :

La loge parotidienne est une région anatomique se situe au niveau de la partie latérale du cou, il représente une région de transition entre le crâne, la face et le cou. Elle contient plusieurs éléments anatomiques important notamment la glande parotidienne, qui fait partie des glandes salivaires principale et qui joue un rôle très

important dans la digestion et qui peut être siège de plusieurs pathologies, infectieuse (la parotidite ourlienne) et tumorale (L'adénome pléomorphe). Cette loge laisse passage à plusieurs éléments vasculo-nerveux très importants (le nerf facial, l'artère carotide externe) qui peuvent être atteints au cours des plaies de cette région anatomique ou en cas d'abord chirurgical ce qui peut laisser des séquelles fonctionnelles importantes [11].

Sur le plan topographique, la loge parotidienne a une forme d'un quadrilatère à la partie supérieure et latérale du cou. Les rapports importants pour le repère de la loge parotidienne sur le plan topographique sont : le méat auditif externe (MAE), la branche montante de la mandibule, le muscle sterno-cléido-mastoïdienne (SCM), la mastoïde. Alors ce quadrilatère est limité : En avant : la branche montante mandibulaire. En arrière : la mastoïde et le SCM. En haut : MAE et le processus zygomatique de l'os temporal. En bas : ligne joignant la mastoïde à l'angle mandibulaire. En profondeur : apophyse styloïde et espace latéro-pharyngien [11].

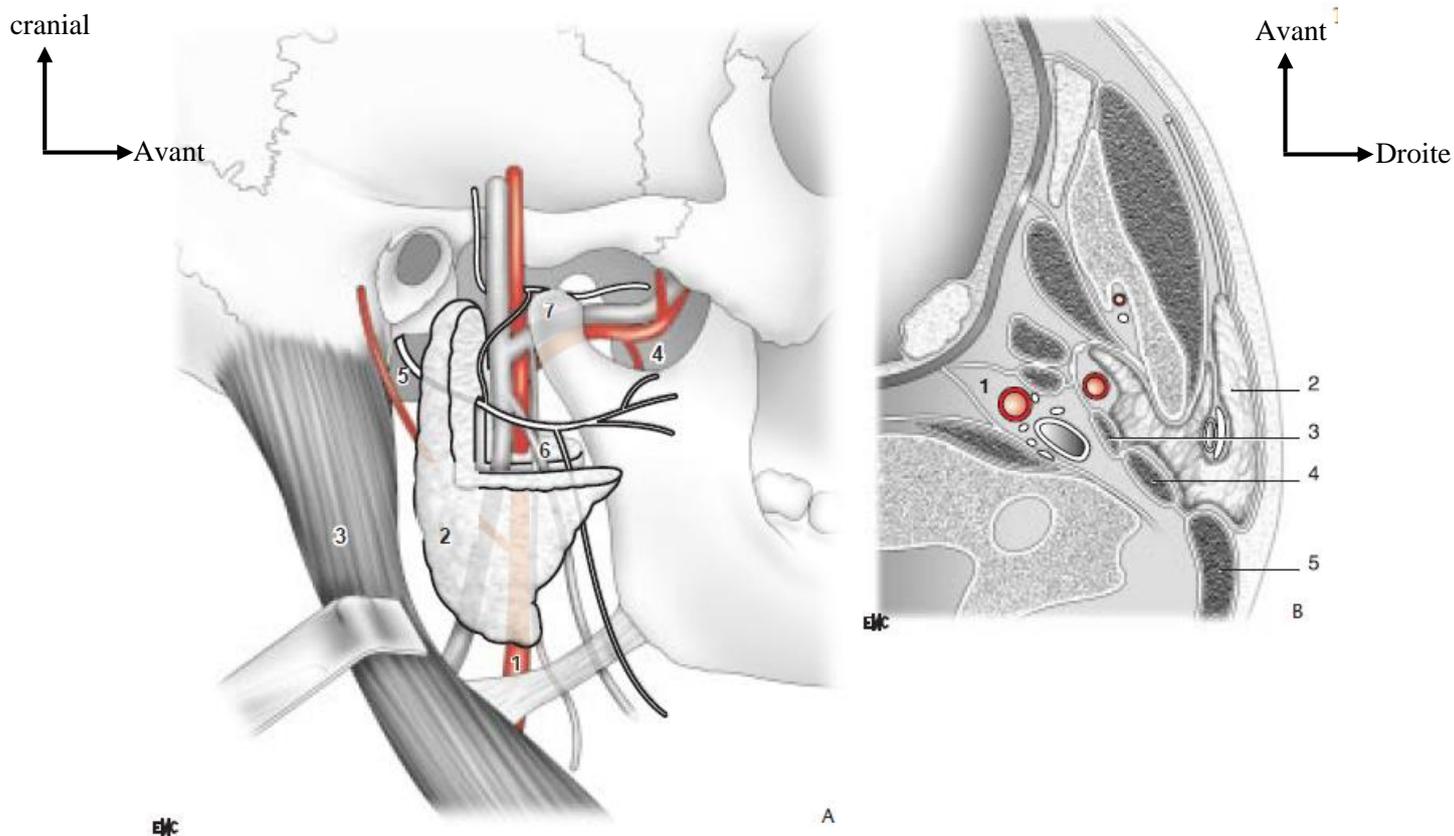


Figure 1 : Anatomie de la loge parotidienne

A. 1. Carotide externe ; 2. Parotide ; 3. Sterno-cléido-mastoïdien ; 4. Artère maxillaire interne ; 5. Nerve facial ; 6. Communicante intraparotidienne ; 7. Condyle mandibulaire.

B. 1. Carotide interne ; 2. Parotide ; 3. Muscle stylohyoïdien ; 4. Ventre postérieur digastrique ; 5. Sterno-cléido-mastoïdien.

3. Rappel histologique :

Il y a six types histologiques d'hémangiomes dont les plus fréquents sont :

Les hémangiomes capillaires, les hémangiomes caverneux.

Les hémangiomes capillaires sont formés de très fins capillaires dont la multiplicité les rend rougeâtres. Ils peuvent aller de l'épiderme jusque dans le tissu sous-cutané.

Les hémangiomes capillaires (sont également considérés comme des dysplasies tissulaires lors du développement). Ils sont composés de la juxtaposition de nombreux capillaires ayant ou non une lumière centrale où se trouvent des hématies. Ils siègent principalement sur la peau et les muqueuses.

Les hémangiomes caverneux par contre sont généralement bleuâtres à rougeâtres et formés de larges espaces vasculaires. Plus de 80% des hémangiomes ont un cycle de vie bien défini se terminant par une involution spontanée. Dans la forme caverneuse, la localisation est plus volontiers intra-musculaire, contenant parfois des phlébolithes (aussi dans l'hémangiome veineux) ou du matériel calcique, et du tissu graisseux.

4. Diagnostic positif :

Les hémangiomes parotidiens peuvent être isolés et se présenter comme une lésion focale. Une coloration bleuâtre ou violette de la peau au niveau de la région pré-auriculaire est un signe clinique très évocateur d'hémangiome parotidien, mais cette présentation est inconstante (50 % des cas). Bien que ce type de lésion puisse être visible dès la naissance, l'hémangiome connaît une phase de croissance rapide qui le rend cliniquement parlant au cours des 6 premiers mois de vie de l'enfant. Les hémangiomes parotidiens peuvent également avoir une répartition dite segmentaire et occuper la région innervée par la branche

mandibulaire du nerf trijumeau. Dans ce cas, il y a toujours une atteinte cutanée et, dans 29 % des cas, une atteinte des voies respiratoires. Dans la majorité des cas, l'examen clinique retrouve des masses mobiles indolores dans la région pré-auriculaire ou cervicale pendant les premières semaines ou les premiers mois de la vie.

L'évolution clinique des hémangiomes infantiles implique une phase de prolifération, suivie d'une phase d'involution progressive pendant les 6 premiers mois, et qui durent plusieurs années. L'examen clinique couplé à une échographie de la région parotidienne suffit pour poser le diagnostic.

L'échographie des tissus mous est généralement effectuée à l'aide d'une sonde haute fréquence (5-12 Hz) dans le cas d'une masse de la tête et du cou. L'échographie à haute fréquence est une technique non invasive. Elle permet également de classer et de sélectionner la meilleure modalité thérapeutique en fonction de la profondeur de l'IH, et de décider du moment de l'arrêt du traitement. Les caractéristiques ultra-sonographiques de l'IH dépendront du stade d'évolution de la maladie.

Dans la phase proliférative, le HFUS montre une tumeur hypervascularisée bien circonscrite, essentiellement hypoéchogène, avec des écoulements rapides, tandis que la phase d'involution est associée à une diminution de la taille, une augmentation de l'échogénicité et une réduction de la densité et de la taille des vaisseaux sanguins.

Les progrès de l'échographie ont amélioré la capacité de l'imagerie à l'échelle de gris à identifier la vascularisation ; cependant, l'imagerie Doppler reste une étape clé dans le diagnostic des lésions vasculaires, en particulier dans le diagnostic différentiel de l'hémangiome infantile avec d'autres masses d'origine vasculaire ou lymphatique.

À l'échographie doppler, l'hémangiome est habituellement hypoéchogène par rapport au tissu parotidien et se présente comme une masse hypervascularisée avec une anomalie de flux.

Des shunts artérioveineux peuvent être observés dans environ 20% des cas et peuvent être diagnostiquée à tort comme une malformation artérioveineuse.

La tomodensitométrie (TDM) de l'hémangiome parotidien de l'enfant montre une tumeur à architecture lobulaire et à rehaussement homogène intense. Son utilisation est limitée en raison des risques associés à l'exposition aux rayonnements chez les nourrissons.

Avec l'IRM, les hémangiomes intramusculaires sont iso-intenses sur les images pondérées en T1, hyper-intenses sur les images pondérées en T2 et montrent un rehaussement intense et homogène. L'IRM est habituellement réservée aux patients nécessitant l'évaluation des anomalies anatomiques associées.

5. Diagnostics différentiels :

Les autres types de tumeurs vasculaires vont constituer le diagnostic différentiel de l'hémangiome :

5.1. Les tumeurs bénignes :

- **L'hémangiome congénital :** Il se caractérise par une phase de prolifération intra-utérine. Il a atteint à la naissance l'apogée de sa prolifération. Ils représentent environ 30 % des hémangiomes et peuvent être divisés en 2 catégories :

- L' hémangiome congénital rapidement involutif (RICH) : À la naissance, ils démarrent leur phase d'involution qui se poursuit jusqu'au 7e – 14e mois. Leur aspect clinique est un peu différent des hémangiomes classiques. Leur développement est essentiellement sous-cutané. La surface cutanée peut-être saine pâle ou parcourue de

télangiectasies ou violacée avec une peau très fine fragile entourée d'un halo de peau claire. La régression intense s'accompagne d'une lipoatrophie sous-cutanée

- L'hémangiome congénital non involutif (NICH) : Il présente les mêmes caractéristiques, cliniques dont une coloration bleuâtre ou violacée de la peau de la région pré-auriculaire et radiologiques (échographie à haute fréquence) que les hémangiomes congénitaux rapidement involutifs ou les hémangiomes infantiles dans leur phase proliférative, mais n'atteignent jamais la phase involuée. Ils grandissent proportionnellement à la taille de l'enfant. Ils diffèrent des 2 autres types d'hémangiomes par quelques aspects histologiques : petites fistules arterioveineuses microscopiques non visibles en artériographie (pas de drainage veineux précoce), une organisation lobulaire moins précise et surtout la présence de veines intralobulaires et interlobulaires plus larges et sinueuses. Le diagnostic anténatal par échographie doppler est possible au cours du 2e et 3e trimestre de grossesse avec un taux de corrélation pré et postnatale de 57 % dans certaines séries. Les erreurs diagnostiques rapportées dans la littérature intéressent essentiellement les tumeurs viscérales et les diagnostics différentiels se font avec les malformations arterioveineuses, les neuroblastomes et les tératomes [19]. L'IRM ne permet pas toujours de rétablir le diagnostic en pré et postnatal.
- **Le granulome pyogénique** : Appelé également botriomycome, c'est une tumeur acquise bourgeonnante non épidermée qui saigne facilement. Elle apparaît souvent après l'âge de 1 an soit spontanément soit après une plaie ou un traumatisme sur peau saine ou sur une malformation capillaire ou artérioveineuse et de façon préférentielle au niveau de tête et du cou. Histologiquement, il existe une prolifération lobulaire de capillaire avec une coloration très positive pour l'actine musculaire [19].

- **L'angiome en touffes et l'hémangioendothéliome kaposiforme** : Ce sont des tumeurs rares qui se caractérisent des hémangiomes sur le plan clinique et histologique [4]. L'angiome en touffes peut être congénital ou acquis (le plus souvent avant l'âge de 5 ans). Il apparaît sous la forme d'une plaque rouge infiltrée mal limitée parfois associée à des papules rouges plus intenses d'aspect variable dans le temps. Il est douloureux aux chocs. Son évolution est chronique et lentement progressive (fibrose, atteinte musculaire et articulaire possible). Sur le plan histologique, il présente des petits amas de capillaires dispersés dans le derme et l'hypoderme en grenaille de plomb. Certaines touffes sont bordées par une fente vasculaire en croissant et de nombreux lymphatiques dilatés. L'hémangioendothéliome kaposiforme est congénital ou acquis. Il est cliniquement proche de l'angiome en touffe (plaque rouge) mais plus infiltrant. Son évolution peut être chronique ou régressive. Sur le plan histologique, il présente une architecture en îlots capillaires à lumière réduite bordée de cellules fusiformes (aspect kaposiforme), marquées par l'anticorps D2-40 spécifique des cellules endothéliales lymphatiques [19]. Ces 2 types de tumeurs vasculaires se compliquent fréquemment d'un syndrome de Kasabach Merritt sévère (association d'une thrombopénie profonde ($<10000/\text{mm}^3$) et d'une tumeur vasculaire) [19].
- **La myofibromatose infantile** : Il s'agit d'une tumeur rare fibroblastique et vasculaire [19]. Elle se présente sous la forme d'un nodule unique ou de nodules multiples, rouges violacés, durs ou rénitents, parfois recouverts de télangiectasies. Dans la forme solitaire, le nodule peut régresser spontanément, dans la forme disséminée, il existe un risque d'atteinte viscérale et osseuse. L'échographie –doppler identifie une densité vasculaire plus faible que dans l'hémangiome. Le diagnostic se fait avec la biopsie qui révèle une double prolifération fusocellulaire périphérique et vasculaire centrale.

5.2. Les tumeurs malignes

- **Le fibrosarcome :** C'est la tumeur qui dans la littérature prête le plus à confusion [19]. La tumeur se présente en général plus fine, brillante, violette et sphérique avec une ulcération centrale. Sur le plan hématologique, le fibrosarcome se complique de coagulation intravasculaire disséminée. Radiologiquement, il se caractérise par une composante kystique et un aspect parenchymateux et vasculaire hétéroéchogène.
- **L'hémangiopericytome :** C'est une tumeur maligne qui se présente sous la forme d'une masse sous-cutanée érythémateuse augmentant progressivement de taille. Elle présente des shunts artérioveineux. En histologie, cette tumeur se présente sous forme d'une prolifération multilobulaire de cellules fusiformes et de cellules primitives périvasculaires rondes avec cytoplasme pâle [19].

6. Traitement

6.1. But : guérir le patient

6.2. Moyens :

La plupart des hémangiomes de petite taille ne nécessitent pas de traitement particulier. Cependant, malgré la bonne réputation de l'hémangiome, il est nécessaire de rester vigilant pour les hémangiomes de la face, les hémangiomes périorificiels, les hémangiomes étendus ou les hémangiomes segmentaires qui de par leur localisation ou leur évolutivité peuvent rapidement poser de problèmes fonctionnels, esthétiques, faire partie d'une forme syndromique ou être associés à d'autres localisations. Dans ces cas-là, une prise en charge précoce, pluridisciplinaire est préconisée afin de démarrer le traitement le mieux adapté sans prendre de retard :

Traitement médicamenteux : Les principes font appel

- En première intention à la corticothérapie par voie systémique ou locale. Les glucocorticoïdes ont été découverts par hasard pour induire une régression accélérée de l'hémangiome infantile prolifératif dans les années 1960 et sont restés le traitement principal des hémangiomes infantiles prolifératifs. Il existe deux formes de traitement par glucocorticoïdes :
 - La prednisone orale systémique à haute dose (ou une dose équivalente de prednisolone) est habituellement administrée à 2 à 3 mg/kg/jour, habituellement en dose unique sur une durée moyenne de 2 mois, suivi d'une diminution rapide sur 2 mois.
 - L'administration intra lésionnelle de corticostéroïdes est préférée pour les lésions localisées non périorbitaires. L'acétonide de triamcinolone intralésionnel est généralement administré seul, bien qu'il soit utilisé en association avec la dexaméthasone sodique phosphate pour les lésions à haut risque. Les injections consistent généralement en 20 mg d'acétonide de triamcinolone et 3 mg de bétaméthasone dans 1 ml de volume total. Un protocole basé sur le poids allant de 3 à 5 mg/kg par injection a également été utilisé. L'injection peut être répétée à 6 semaines d'intervalles et habituellement une à trois injections sont requis. Cette variation de dosage est probablement fonction de la taille de la ou des lésions traitées.
- L'interféron alpha et 2a (cytokine et immunomodulateur) sont discutés en deuxième intention lors de l'échec de la corticothérapie ou lorsque le pronostic vital est en jeu. Au cours de l'étude de l'agent antiviral interféron 2a pour le traitement du virus de l'immunodéficience humaine, une amélioration a été observée des sarcomes de Kaposi. Des études à forte puissance sur la réponse de l'hémangiome infantile à interféron et les essais cliniques ultérieurs ont conduit à son utilisation comme traitement de seconde ligne pour les hémangiomes infantiles résistants aux stéroïdes. Deux formes de traitement

par interféron sont utilisées pour l'hémangiome infantile prolifératif problématique, à savoir l'interféron -2a et l'interféron -2b. L'interféron-2a est administré en injections sous-cutanées quotidiennes à une dose initiale de 1 million d'UI/m² surface corporelle, augmentant à 3 millions d'UI/m² pendant le premier mois de traitement, pendant une période de 2 à 12 mois. Le taux de réponse à l'interféron est de 90 % chez les enfants résistants aux stéroïdes. Cependant, la réponse est moins spectaculaire et prend plus de temps que la corticothérapie. L'arrêt prématuré de l'interféron est associé à rebond de la croissance, nécessitant la réintroduction du traitement. Les effets secondaires du traitement par interféron comprennent : fièvre, symptômes pseudogrippaux, éruption cutanée, symptômes gastro-intestinaux, neutropénie transitoire et élévation des enzymes hépatiques. La complication la plus grave du traitement par interféron est une neurotoxicité affectant principalement la fonction corticale supérieure et, à un moindre degré la fonction motrice.

- La vincristine (antineoplasique) : La vincristine appartient aux vinca-alcaloïdes, classe de médicaments, qui agissent principalement comme inhibiteurs de la mitose. L'utilisation de la vincristine pour les tumeurs malignes de l'adulte et de l'enfant est bien documentée. Son indication dans l'hémangiome infantile, bien que limitée, a été justifiée pour les cas résistants aux stéroïdes et/ou à l'interféron et engageant le pronostic vital. La posologie de la vincristine pour l'hémangiome infantile est de 0,05 mg/m² chez les nourrissons de poids inférieur moins de 10 kg, et 0,75 à 1,5 mg/m² pour les nourrissons pesant plus de 10 kg, administré par voie intraveineuse (voie veineuse centrale) en trois à quatre doses, avec intervalles entre les doses variant de 1 à 3 semaines. Les effets secondaires de la vincristine comprennent une neurotoxicité, avec irritabilité, perte des réflexes ostéotendineux, constipation, douleurs abdominales, iléus paralytique, paralysie des nerfs crâniens et douleurs osseuses (fréquemment de la mâchoire) signalée. La

neurotoxicité n'est généralement pas aussi marquée chez les enfants ou les nourrissons, comme observé dans Adultes.

- Un nouveau traitement de la classe des bêtabloquants (Acebutolol, propranolol) a été découvert de façon fortuite en 2008 et est en cours d'évaluation. Son efficacité semble extrêmement intéressante entraînant une régression spectaculaire et rapide des hémangiomes infantiles sans les effets secondaires de la corticothérapie forte dose. Son initialisation demande cependant un contrôle et un suivi cardiopédiatrique obligatoires. La découverte fortuite récente de l'involution accélérée de l'hémangiome infantile induite par le propranolol, un bloqueur de la protéine β non sélectif ; et l'acébutalol, un inhibiteur prédominant des récepteurs adrénergiques β_2 , a entraîné un changement de paradigme important dans le traitement de l'hémangiome infantile prolifératif problématique. Le propranolol est maintenant le traitement de choix pour l'hémangiome infantile prolifératif résistant. Le mécanisme d'action des B-bloqueurs sur l'hémangiome infantile prolifératif est inconnu, bien que leurs effets sur les récepteurs adrénergiques stimulations, régulation négative de l'angiogénique facteurs de croissance, diminution de l'expression métalloprotinases de matrice, et induction de l'apoptose ont été suggérées. La plupart des rapports sur le traitement par le propranolol utilisent la posologie de 3 mg/kg/jour administrée en deux à trois doses fractionnées, avec traitements allant de 6 semaines à 7 mois, habituellement avec un séjour à l'hôpital de 24 heures pendant l'instauration du traitement et un suivi hémodynamique régulier pendant les 6 premières heures de traitement. Il a été récemment démontré que le propranolol à faible dose à 1,5 mg/kg/jour est suffisant pour induire une involution accélérée de l'hémangiome infantile chez la majorité des patients, avec un petit sous-groupe, toutes des femmes patients, nécessitant une dose de 2 mg/kg/jour. La posologie de l'acébutolol dans le traitement de l'hémangiome infantile est de 8 à 10mg/kg/jour, avec des réponses cliniques observées 1 mois après le début du traitement du traitement.

La durée optimale du traitement reste à déterminer. Les B-bloquants topiques comme le timolol, un B-bloquant non sélectif, administré soit par deux gouttes de solution ophtalmique de maléate de timolol à 0,5 %⁸², soit sous forme de gel appliqué deux fois par jour directement sur l'hémangiome du nourrisson a donné des résultats prometteurs.

Traitement chirurgical : Quant à la chirurgie, elle garde pour l'instant des indications en période précoce, semi-précoce et tardive (séquelles). Elle est discutée en fonction de l'évolutivité, de la localisation, de la réponse aux traitements médicamenteux et des séquelles à long terme.

6.3. Indications :

- **Surveillance :** Cette approche ne se justifie que pour les patients chez qui existe une croissance minimale de la lésion sans retentissement clinique.
- **Traitement curatif :** Dans certains cas, une croissance rapide de la tumeur peut engendrer, en plus des problèmes esthétiques, des signes d'insuffisance cardiaque congestive en cas de shunt vasculaire important. De plus, l'obstruction ou la compression des structures adjacentes (méat auditif externe par exemple) et l'ulcération de l'hémangiome exposent à de graves complications notamment ulcération, infection, saignement, déformation faciale ou obstruction des voies respiratoires peut survenir dans de rares cas. (5). Ces cas doivent donc faire l'objet d'un traitement curatif. Les corticoïdes ont longtemps été le traitement de choix des hémangiomes parotidiens, que ce soit par voie générale ou en injection intra-lésionnelle. Ces 2 modes d'administration ont montré des résultats variables, avec, pour la voie systémique, de fréquents effets secondaires et un effet rebond à l'arrêt du traitement. Pour les patients présentant des contre-indications à un traitement par corticostéroïdes ou en échec de traitement, un traitement par interféron alfa-2a pouvait être proposé. Ce traitement ne doit plus être recommandé pour ce type de pathologie étant donné les effets secondaires neurologiques à type

de diplégie spastique irréversible. En 2008, le propranolol a montré son efficacité dans l'inhibition de la croissance des hémangiomes infantiles. Ce traitement a peu d'effets secondaires comparé au traitement de référence que représentaient les corticoïdes. Ce traitement apparaît à l'heure actuelle comme le traitement à utiliser en première ligne dans les cas d'hémangiome compliqué, mais il nécessite une courte hospitalisation pour vérifier l'absence de contre-indication et la bonne tolérance à l'instauration du traitement (glycémie capillaire, tension artérielle, électrocardiogramme).

- **Le traitement chirurgical** : est à réserver aux hémangiomes parotidiens échappant à toute thérapeutique médicale et dont l'évolution conduit à de graves complications (saignement, ulcération, compression des voies aériennes). Le risque de paralysie faciale postopératoire est augmenté du fait de l'infiltration de la vascularisation de l'hémangiome au sein de la parotide et de la périnèvre [18]

IV. OBSERVATION

IV. OBSERVATION :

Patiente TX de sexe féminin âgée de 9 mois adressée en consultation pour tuméfaction latéro-cervicale droite.

Le début remonterait à l'âge de 7 mois, marqué par l'apparition d'une tuméfaction latéro-cervicale. Elle a évolué de façon progressif et selon un mode permanent.

Elle a augmenté progressivement de volume en 2 mois dans un contexte apyrétique. A cette tuméfaction nous n'avons noté aucune notion de dyspnée ni de dysphagie. Il n'y avait pas d'atteinte cutanée. Une notion de traitement par le propranol dont la dose, la durée n'a pas été déterminée. Ce traitement n'a engendré aucun effet considérable.

Devant l'augmentation progressive du volume de la masse les parents nous consultent pour prise en charge. Nous n'avons noté aucun d'antécédent médico-chirurgicale d'hémangiome dans la famille.

A l'examen général nous n'avons noté aucune particularité.

Les facteurs favorisants sont : la peau blanche et le sexe féminin

L'examen physique orl retrouve une tuméfaction latéro-cervicale droite mesurant 5cm de long et 3,5 cm de large , indolore à la palpation de consistance molle, non chaude, battante, soufflante, la peau en regard d'aspect bleutée. L'examen laryngoscopie était normal. Le reste de l'examen ORL était sans particularité aussi bien que l'examen des autres appareils.

A la tomodensitométrie maxillo-faciale ou nous notons la présence d'une volumineuse masse parotidienne droite, hypodense entouré de structure serpentineuse mesurant 44x42 mm sur une coupe axiale, rehausse de façon intense

après injection de produit de contraste semblant se continuer avec des structures vasculaire autour ; évocateur d'un hémangiome parotidien droit.

Au terme des bilans cliniques et para cliniques, nous avons procédé à une parotidectomie totale :

- Après incision en « S » de ridon et dissection du SMAS nous avons procédé à une création de la tranchée de section.
- Repérage du sterno-cléido-mastoïdien et du muscle digastrique. Nous avons mis en évidence une masse saignante au contact. La recherche du facial a été réalisé dans l'angle tympanoméatale.
- La présence de saignement empêchait la visualisation du nerf facial. Nous avons procédé à la compression de la masse grâce à un écarteur et d'une compresse imbibé de xyloadrénaliné 2% permettant de visualisé le tronc du nerf.
- La parotidectomie exo faciale a été réalisé après ligature de la veine retro-mandibulaire. Ainsi le nerf se trouve dans un magma de vaisseaux hémorragique.
- La parotidectomie profonde a été réalisé après libération du nerf facial et de ses attaches en un bloc.

Les suites opératoires ont été simples et la cicatrisation a été obtenue au bout de 10 jours. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a retrouvé une prolifération tumorale faite de nodules de vaisseaux comportant des hématies. Ailleurs il s'agit des glandes régulières et des foyers hémorragiques. Nous avons donc conclu à un hémangiome capillaire.

Après un recul de six mois nous n'avons noté aucune récurrence.



Figure 3: Image TDM de la masse en coupe coronale montrant une volumineuse masse parotidienne droite, hypo dense entouré de structure serpigneuse mesurant 44x 42 mm sur une coupe axiale, rehausse de façon intense après injection de PDC semblant se continue avec des structures vasculaires autours.

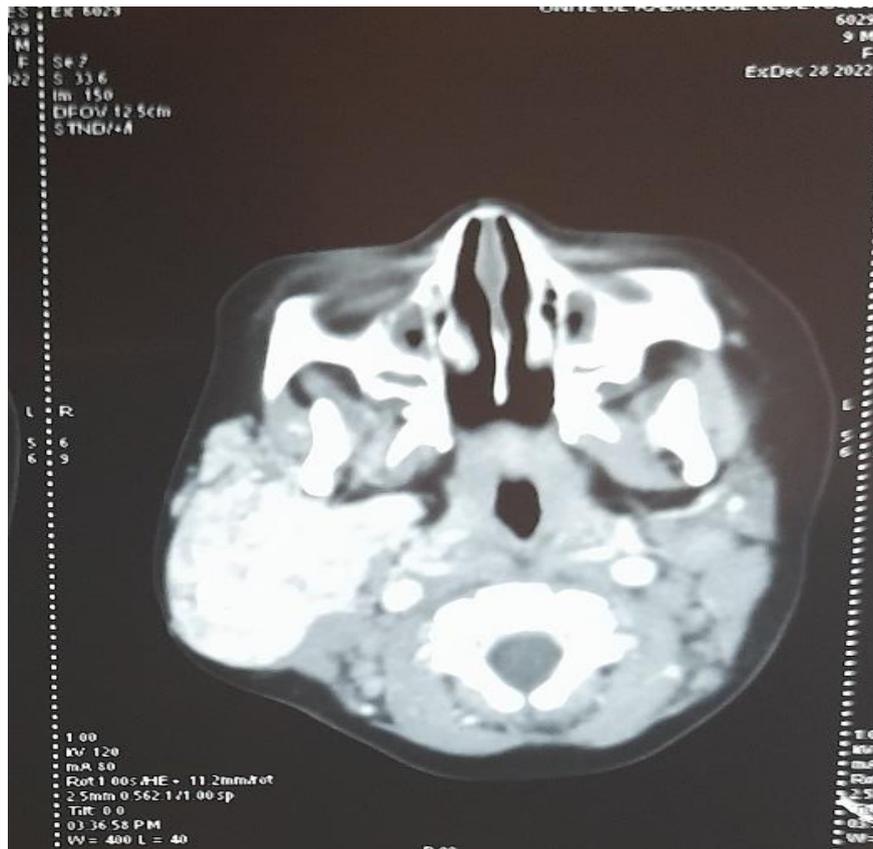


Figure 4 : Image TDM de la masse en coupe axiale montrant une volumineuse masse parotidienne droite, hypo dense entouré de structure serpentineuse mesurant 44x 42 mm sur une coupe axiale, rehaussée de façon intense après injection de PDC semblant se continuer avec des structures vasculaires autour.

Cranial
↑
Avant →



Figure 5 : Image de la lésion avant l'intervention

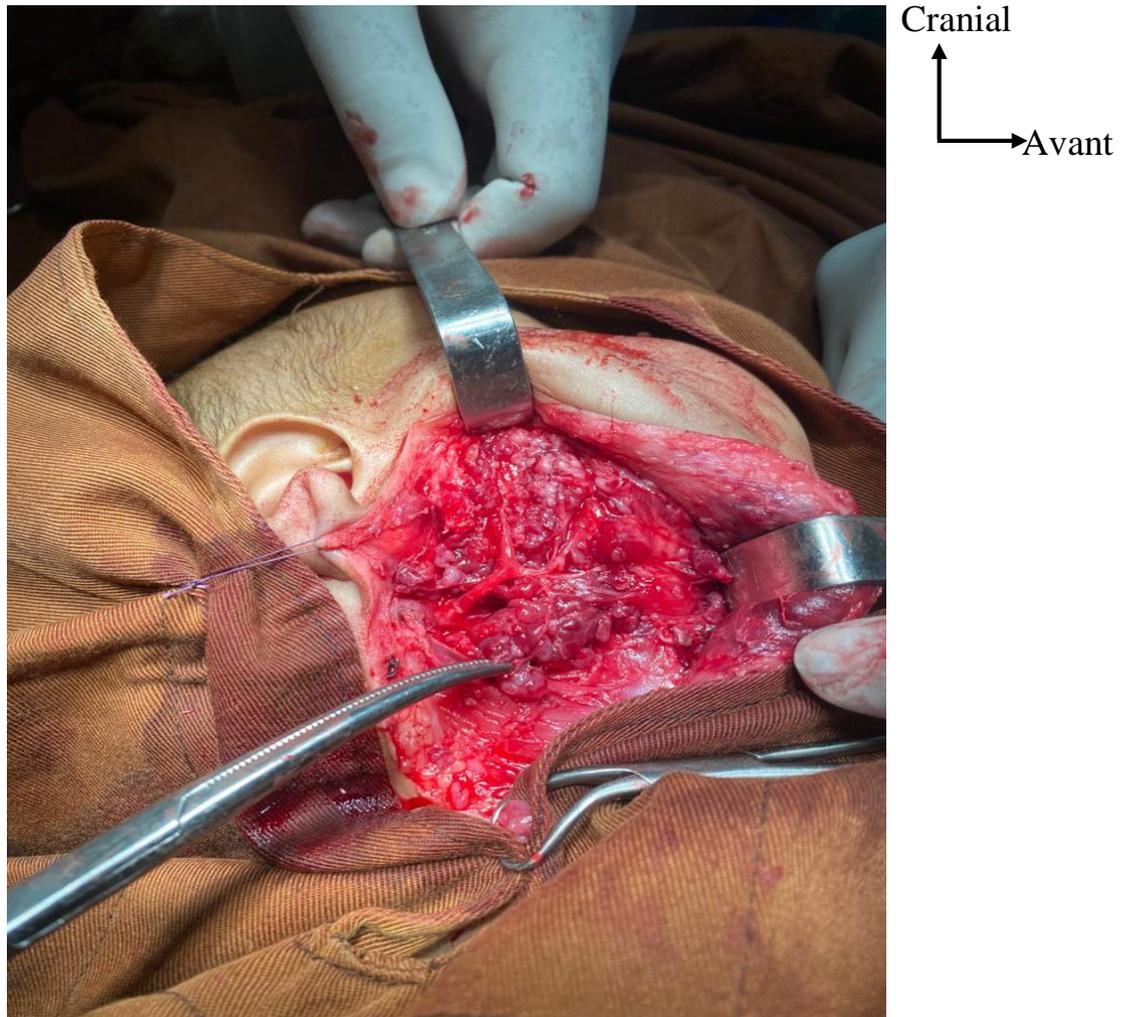


Figure 6 : Image peropératoire d'une parotidectomie totale

Cranial
↑
Avant →



Figure 7 : Image de la lésion cicatrisée après l'intervention

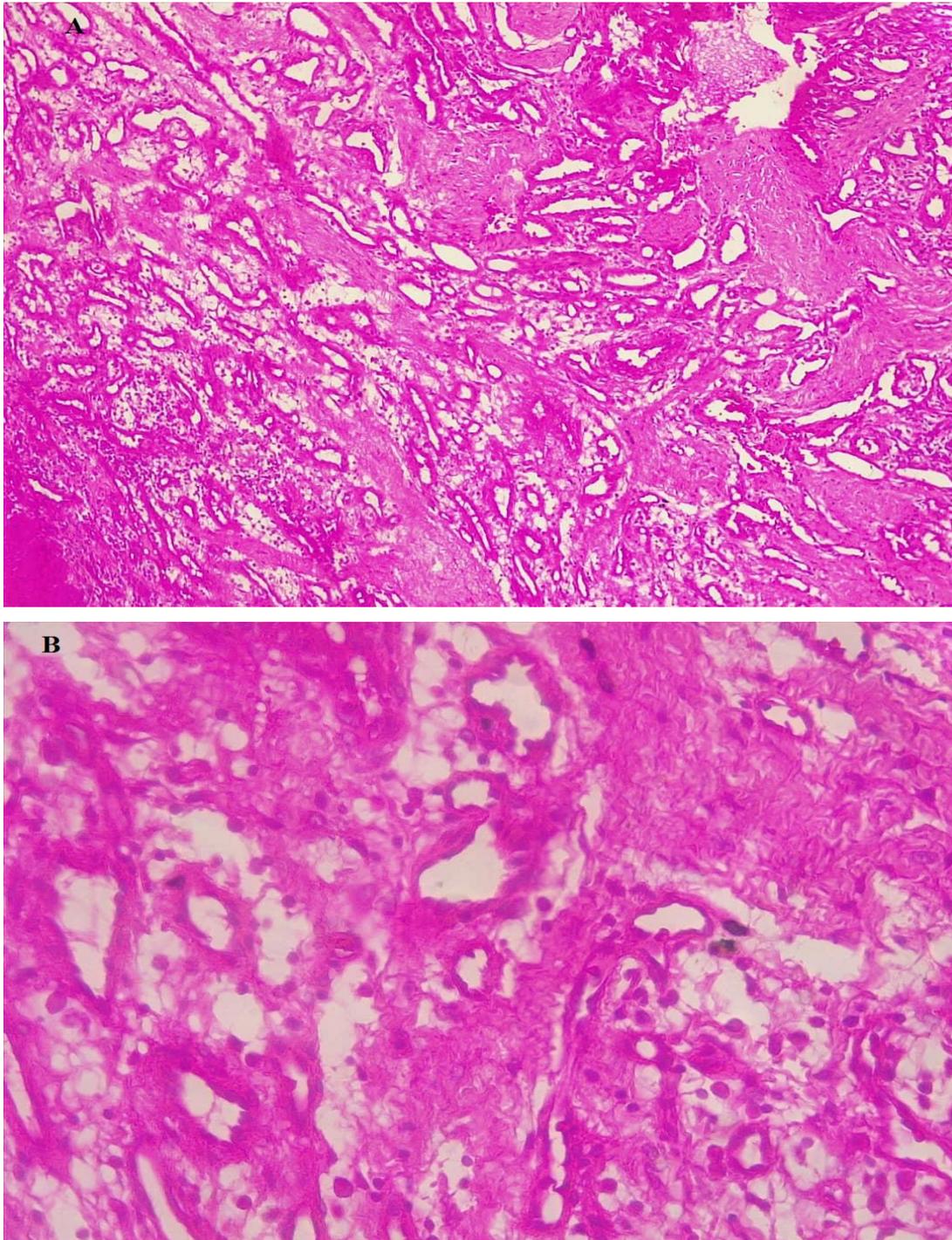


Figure 8 : Images histologiques au faible grossissement (**A**) et au fort grossissement (**B**) montrant une prolifération tumorale faite des nodules comportant des vaisseaux avec un endothélium régulier et contenant parfois des hématies à la lumière concluant ainsi à un hémangiome de type capillaire.

V. DISCUSSION

V. DISCUSSION :

1. Epidémiologique :

Les hémangiomes parotidiens sont les tumeurs parotidiennes les plus fréquentes chez l'enfant et touchent préférentiellement les filles [4] ceci correspond à notre étude dont l'enfant était de sexe féminin. Les hémangiomes parotidiens peuvent être isolés et se présenter comme une lésion focale. Une coloration bleuâtre ou violette de la peau au niveau de la région pré-auriculaire est un signe clinique très évocateur d'hémangiome parotidien, mais cette présentation est inconstante (50 % des cas) ; dans notre étude nous avons retrouvé également une coloration bleutée de la peau de recouvrement de la tuméfaction latéro-cervicale droite. Bien que ce type de lésion puisse être visible dès la naissance, l'hémangiome connaît une phase de croissance rapide qui le rend cliniquement parlant au cours des 6 premiers mois de vie de l'enfant. Cet âge correspond à notre étude dont l'enfant était âgé de 9 mois.

2. Aspects diagnostiques :

Les hémangiomes parotidiens peuvent également avoir une répartition dite segmentaire et occuper la région innervée par la branche mandibulaire du nerf trijumeau. Dans ce cas, il y a toujours une atteinte cutanée et, dans 29 % des cas, une atteinte des voies respiratoires. Dans notre étude nous n'avons pas retrouvé d'atteinte cutanée ni d'atteinte des voies respiratoires.

L'hémangiome parotidien est une tumeur de nature mixte, tubéreuse, superficielle, et résidante sous la peau à l'intérieur de la glande. Le terme tubéreux désigne une structure anatomique, de forme arrondie, proche des tubercules caractérisant certaines plantes. Le terme tubéreux est synonyme de tuberculose.

Dans la majorité des cas, l'examen clinique couplé à une échographie de la région parotidienne suffit pour poser le diagnostic. Dans notre étude les examens ont

portés sur l'examen anatomopathologie et la TDM. À l'échographie, l'hémangiome est habituellement hypoéchogène par rapport au tissu parotidien et se présente comme une masse hypervascularisée avec une anomalie de flux au doppler. Dans les cas atypiques, l'IRM peut être utile et apporter des informations complémentaires quant à la taille, à l'extension et aux rapports avec les structures adjacentes. À l'IRM, l'hémangiome apparaît isointense en séquence T1 et hyperintense en séquence T2, avec ou sans suppression du signal de la graisse (figure 4) [4].

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a retrouvé une prolifération tumorale faite de nodules de vaisseaux comportant des hématies ceci a conclu à une forme capillaire de l'hémangiome ceci correspond à un cas rapporté par le département de médecine orale et de radiologie, Collège et hôpital dentaires de Vananchal, Garhwa, Jharkhand, Inde chez une patiente de 46 ans ou un hémangiome capillaire bilatérale de la lèvre et du visage a été diagnostiqué.(16) Notre étude anatomopathologique correspond également à un cas rapporté par L'université des sciences médicales Shahid Sadoughi, Yazd (Iran) chez un garçon de 6 mois avec une énorme lésion dans son parotide droit ou l'examen anatomopathologique a conclu à un hémangiome capillaire également (17)

Thérapeutique :

Concernant le traitement, 2 attitudes peuvent être envisagées :

- La première attitude consiste en une surveillance clinique simple. Cette approche ne se justifie que pour les patients chez qui existe une croissance minimale de la lésion sans retentissement clinique.
- Dans certains cas, une croissance rapide de la tumeur peut engendrer, en plus des problèmes esthétiques, des signes d'insuffisance cardiaque congestive en cas de shunt vasculaire important. De plus, l'obstruction ou la compression des structures adjacentes (méat auditif externe par exemple) et l'ulcération de l'hémangiome exposent à de graves complications. Ces cas doivent donc faire l'objet d'un traitement curatif. Les corticoïdes ont longtemps été le traitement

de choix des hémangiomes parotidiens, que ce soit par voie générale ou en injection intra-lésionnelle. Ces 2 modes d'administration ont montré des résultats variables, avec, pour la voie systémique, de fréquents effets secondaires et un effet rebond à l'arrêt du traitement. Pour les patients présentant des contre-indications à un traitement par corticostéroïdes ou en échec de traitement, un traitement par interféron alfa-2a pouvait être proposé. Ce traitement ne doit plus être recommandé pour ce type de pathologie étant donné les effets secondaires neurologiques à type de diplégie spastique irréversible.

En 2008, le propranolol a montré son efficacité dans l'inhibition de la croissance des hémangiomes infantiles. Le traitement chirurgical est à réserver aux hémangiomes parotidiens échappant à toute thérapeutique médicale et dont l'évolution conduit à de graves complications (saignement, ulcération, compression des voies aériennes). Le risque de paralysie faciale postopératoire est augmenté du fait de l'infiltration de la vascularisation de l'hémangiome au sein de la parotide et de la périnèvre. Le propranolol est un traitement efficace et bien toléré des hémangiomes parotidiens. Malgré la possibilité d'une régression spontanée, la croissance rapide de l'hémangiome peut engendrer une compression du nerf facial, une ulcération ou une insuffisance cardiaque. Le propranolol est considéré actuellement comme le traitement de première intention des hémangiomes compliqués y compris ceux de la tête et du cou, alors que le traitement par corticothérapie ou interféron n'est pas efficace et comporte beaucoup d'effets secondaires, et que la chirurgie peut se compliquer d'une paralysie du nerf facial.

Dans notre cas le choix à porter sur le traitement chirurgical puisque il y a eu un échec de traitement avec le propranolol et aussi l'hémangiome était volumineux et s'étendait à la région para-pharyngée aussi. Nous avons procédé à une parotidectomie totale avec succès sans lésion du nerf facial ceci correspond à une

étude faite dans le service d'ORL cervico-facial du Maroc au centre hospitalier universitaire Mohamed VI de Marrakech en 2020 [13].

CONCLUSION

CONCLUSION

L'hémangiome parotidien représente environ 50 % des tumeurs parotidiennes de l'enfant. L'évolution spontanée est la régression complète avant l'âge de 10 ans dans 70 à 95 % des cas. Le diagnostic est clinique et peut être complété par une échographie, voire une IRM ou TDM. Dans la majorité des cas, l'abstention thérapeutique couplée à une surveillance est l'attitude à adopter compte tenu de l'involution spontanée de ces tumeurs. L'indication chirurgicale est un volume tumoral important, des douleurs, une gêne esthétique et/ou fonctionnelle. Le propranolol est devenu le traitement médical de choix dans les cas d'hémangiomes avec complications.

REFERENCES

REFERENCES

- 1- Boos MD, Castelo-Soccio, Experience with topical timolol maleate for the treatment of ulcerated infantile hemangiomas (IH), *J Am Acad Dermatol* 74(3):567-570, 2016. doi: 10.1016/j.jaad.2015.10.021
- 2- . Hogeling M, Adams S, Wargon O: A randomized controlled trial of propranolol for infantile hemangiomas. *Pediatrics* 128(2):e259-266, 2011. doi: 10.1542/peds.2010-0029
- 3- Annales de Dermatologie et de Vénéréologie, Volume 141, Issue 12, Supplement, December 2014, Page S337
- 4- A.K. Greene *et al*, Management of parotid hemangioma in 100 children? *Plastic Recons Surg* (2004)
- 5- *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie, Volume 142, Issues 8–9, 2015, pp. 476-482* Research article
- 6- *Archives de Pédiatrie, Volume 20, Issue 7, 2013, pp. 809-816* Research article
- 7- *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 46-510
- 8- *EMC Techniques chirurgicales tête et cou 2010/08- chirurgie du cou*
- 9- *Angiologie et médecine vasculaire, oncologie, dermatologie*
- 10- Encyclopedie Medicale » Hémangiome parotidien Aspectclinique
- 11- *EMC- ORL- 2010*
- 12- M. Benfdil¹, H. Mounji², M. Bouderkou², Y. Rochdi², H. Nouri² and A. Raji², JUVENIL CAVERNOUS HEMANGIOMA OF THE PAROTID GLAND: REPORT OF ONE CASE WITH REVIEW OF LITERATURE, *Service D’Orl Et De Chirurgie Cervico-Faciale, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Marrakech, Maroc.* - www.journalijar.com Article DOI:10.21474/IJAR01/10476
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/10476>

13- Ana Isabel Rodríguez Bandera, MD, FACD, PhD, Deshan F. Sebaratnam, MD, Infantile hemangioma. Part 1: Epidemiology, pathogenesis, clinical presentation and assessment, FACD, Orli Wargon, Li-Chuen F. Wong PII: S0190-9622(21)02351-3

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.08.019>

Reference: YMJD 1626 To appear in: *Journal of the American Academy of Dermatology* Received Date: 15 June 2021 Revised Date: 25 July 2021 Accepted Date: 3 August 2021

14- *Cutaneous and Ocular Toxicology*, 2011; 30(3): 245–248

© 2011 Informa Healthcare USA, Inc. ISSN 1556-9527 print/ISSN 1556-9535 online DOI: 10.3109/15569527.2011.554483

15- wikipédia (encyclopédie)

16- Ujala UA, Diwakar NR. Un cas très rare d'hémangiome capillaire bilatéral de la lèvre inférieure et du visage : à propos d'un cas. *Indian J Dent Res* [série en ligne] 2021 [cité le 9 avril 2023]

17- Zarepur E1, Moghimi M2, Trismus dû à un hémangiome infantile de la parotide : Rapport de cas Université des sciences médicales Shahid Sadoughi, Yazd (Iran), Professeur adjoint, Département de pathologie ,Étudiant en médecine, Comité de recherche des étudiants, Reçu : 20 Juillet 2015

18-S.Quesnel Hémangiome infantile parotidien : diagnostic Service ORL, hôpital Robert-Debré, AP-HP, Paris.

19- chirurgie-plastique-pediatrique.fr/page/hemangiomes @sfcpp 2018

RESUME

RESUME

Introduction : Chez l'enfant, les hémangiomes parotidiens représentent plus de la moitié des tumeurs des glandes salivaires. Ils sont présents à la naissance dans la majorité des cas et connaissent une phase proliférative durant les 6 à 8 premiers mois de l'enfant, suivie par une phase involutive complète dans 70 à 95 % des cas avant la première décennie [3].

Objectif : Décrire l'aspect épidémiologique, diagnostic et thérapeutique de l'hémangiome parotidien.

Observation : Patiente de 9 mois adressée en consultation pour tuméfaction latéro-cervicale droite sans antécédent médicaux chirurgicaux particulier dont le début remonterai à l'âge de 7 mois, marqué par une tuméfaction latéro-cervicale droite d'apparition progressive d'évolution permanente associée à une notion de fièvre, de rhinorrhée antérieure séreuse. L'examen physique orl retrouve une tuméfaction latéro-cervicale droite, indolore à la palpation de consistance molle, non chaude, battante, soufflante, la peau en regard d'aspect bleutée. La tomodensitométrie maxillo-faciale note la présence d'une volumineuse masse parotidienne droite, hypodense entouré de structure serpentineuse mesurant 44x42 mm sur une coupe axiale, rehausse de façon intense après injection de produit de contraste semblant se continué avec des structures vasculaire autours ; évocateur d'un hémangiome parotidien droit. L'examen anatomopathologique retrouve une prolifération tumorale faite de nodules de vaisseaux comportant des hématies. Il s'agit des glandes régulières et des foyers hémorragiques. Il s'agit d'un hémangiome.

Conclusion : Le diagnostic est clinique et peut être complété par une échographie, voire une IRM ou TDM. Dans la majorité des cas. L'indication chirurgicale est un volume tumoral important, des douleurs, une gêne esthétique et/ou fonctionnelle

SUMMARY

Introduction: In children, parotid hemangiomas account for more than half of salivary gland tumors. They are present at birth in the majority of cases and experience a proliferative phase during the first 6 to 8 months of the child, followed by a complete involutive phase in 70 to 95% of cases before the first decade [3].

Objective: To describe the epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of parotid haemangioma.

Observation: 9-month-old female patient referred for consultation for right laterocerebral swelling without a specific medical surgical history dating back to 7 months of age, characterized by a progressive right laterocerebral swelling with permanent progression associated with fever, previous serous rhinorrhoea. On examination, the right side of the neck appears painless and soft, not warm, pounding, and breathable, with the skin turning bluish. Maxillofacial computed tomography notes the presence of a large, hypodense, right parotid mass surrounded by a serpiginous structure measuring 44 x 42 mm in axial section, which rises vigorously after injection of a contrast agent that appears to continue with vascular structures around it; suggestive of a right parotid hemangioma. Pathologic examination reveals tumor proliferation of vessel nodules with red blood cells. These are the regular glands and bleeding sites. This is called a haemangioma.

Conclusion: Diagnosis is clinical and can be supplemented by ultrasonography, or even MRI or CT. In the majority of cases. Surgical indication is large tumor volume, pain, cosmetic and/or functional discomfort