



## Carcinome à cellules basales de la parotide

## Basal cell carcinoma of the parotid gland

### سرطان الخلايا القاعدية من الغدة النكفية

H. Hechlaf, N. Tazi, N. Mansouri, B. El Khannoussi, M. Amrani

**الملخص : مقدمة :** سرطان الخلايا القاعدية هو ورم نادر من الأورام الخبيثة المنخفضة الدرجة. له الميزات الخلوية لغدي الخلايا القاعدية لكن تطوره يدل على كونه ورم خبيث.

**حالة :** امرأة في الثلاثين من عمرها، عرفت منذ سنتين تورما مع انتفاخ الغدة النكفية، التشخيص بالأشعة أوضح وجود ورم متسلسل مع انبثاث في العقد اللمفاوية السباتية. الوداجية. وقد مكنتنا النتائج المرفولوجية للخزعة النكفية مع نتائج البيانات الإشعاعية من وضع هذا التشخيص.

**دراسة :** هذا الورم يعرض مشاكل التشخيص التفريقي أساسا مع غدي الخلايا القاعدية من الغدة النكفية وقد سمح لنا عدد المرتفع للخلايا ذات الانقسام القتيلى مع نتائج البيانات الإشعاعية من اعتبار هذا الورم خبيثا أي غدية الخلايا القاعدية. العلاج منه يتم جراحيا مع الاقتران بالمواد المساعدة، ويتسم تطور هذا الورم بالتكرار أحيانا مع انبثاث نادر.

**الكلمات الأساسية :** غدية الخلايا القاعدية ورم يتمتع بتطور جيد في أغلب الأحيان، تشخيصه المؤكد هو التشخيص النسيجي.

**Résumé : Introduction :** L'adénocarcinome à cellules basales est une tumeur rare de bas grade de malignité ayant des caractéristiques cytologiques d'un adénome à cellule basale mais dont l'évolution indique la malignité.

**Observation :** Il s'agit d'une patiente âgée de 30 ans, qui présentait depuis 2 ans une tuméfaction parotidienne droite augmentant progressivement de volume avec à la tomodynamométrie un processus tumoral ulcéro-infiltrant de la glande parotide à extension locorégionale avec adénopathies jugulocarotidiennes homolatérales. L'évolution était marquée par une ulcération de la peau en regard avec un magma ganglionnaire cervical droit. Une biopsie parotidienne nous a été adressée. Le diagnostic positif a été retenu sur l'étude morphologique, l'immunohistochimie et les données radiologiques.

**Discussion :** Cette tumeur pose des problèmes de diagnostic différentiel essentiellement avec l'adénome à cellules basales de la parotide. Le nombre élevé de mitoses et le caractère infiltrant à la TDM ont permis de retenir ce diagnostic. Le traitement est chirurgical couplé parfois à une radiothérapie adjuvante. L'évolution est marquée par les récurrences fréquentes avec rarement des métastases.

**Conclusion :** l'adénocarcinome à cellules basales est de pronostic généralement bon, son diagnostic de certitude est anatomopathologique.

**Mots clés :** Cellules basales adénocarcinome, parotide.

**Abstract : Introduction :** Basal cell carcinoma is a rare tumor mainly affecting major salivary glands, Its a low grade malignancy with cytological features of a basal cell adenoma but whose evolution indicates malignancy.

**Case report :** We report the case of a 30 years old woman, who presented two years ago with a right parotid swelling gradually increasin. The computed tomographies (CT) show an ulcerative infiltrating tumor in the parotid gland extending to locoregional lymph nodes. The evolution was marked by ulceration of the skin overlying the cervical lymph node with magma . The diagnosis was made on a biopsy sample using morphological study, immunohistochemistry and radiological data.

**Discussion :** This tumor presents problems of differential diagnosis mainly with basal cell adenoma of the parotid gland. The high number of mitoses and infiltrative character on CT allowed to retain that diagnosis. Surgical treatment is sometimes coupled with adjuvant radiotherapy. The evolution is marked by frequent recurrences with rare metastasis.

**Conclusion :** Basal cell carcinoma is usually of good prognosis and its diagnosis is histopathological.

**Key Words :** Basal cell, adenocarcinoma, parotid gland.

**Tiré à part :** H. Hechlaf : Service laboratoire d'anatomie pathologie Institut National d'ancologie Hôpital My Abdellah CHU de Rabat - Salé, Maroc.

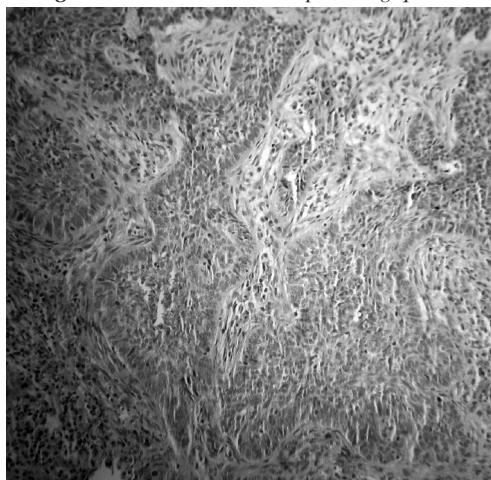
## Introduction

L'adénocarcinome à cellules basales des glandes salivaires est rare ayant des caractéristiques cytologiques d'un adénome à cellule basale mais dont l'évolution indique la malignité. Notre travail, à propos d'un cas colligé dans notre institution, se propose de détailler les différents aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de cette tumeur.

## Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de trente ans, sans antécédents pathologiques notables qui a présenté deux ans auparavant une tuméfaction parotidienne augmentant progressivement de volume avec ulcération de la peau en regard. L'examen clinique à l'admission retrouvait une tumeur ulcérobourgeonnante de la région parotidienne mesurant 8 cm de grand axe avec magma d'adénopathies jugulocarotidiennes droites de 12 cm de grand axe fixé au plan profond. La Tomodensitométrie (TDM) craniofaciale avait montré un processus tumoral ulcéro-infiltrant de la glande parotide à extension locorégionale avec adénopathies jugulocarotidiennes. Une biopsie chirurgicale parotidienne a été réalisée et avait montré une prolifération tumorale faite de cellules basaloïdes au noyau hyperchromatique avec de nombreuses figures de mitose. Ces cellules s'agençaient en travées anastomotiques et prenaient une disposition palissadique en périphérie les séparant de façon abrupte du stroma qui est fibreux assez abondant et inflammatoire sans stroma chondromyxoidé (figure 1).

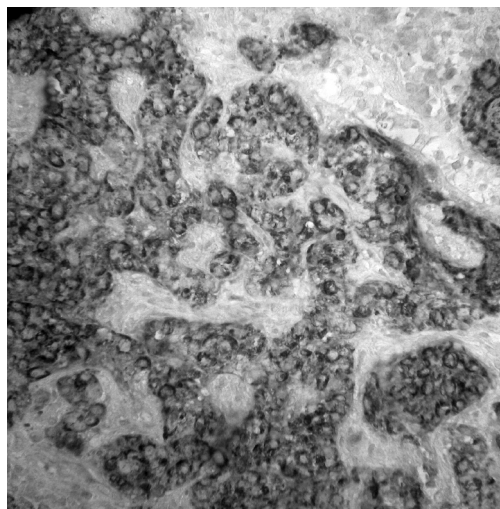
**Figure 1 : Examen anatomopathologique**



*Travées anastomotiques de cellules basales à disposition palissadique (HE, Gx20)*

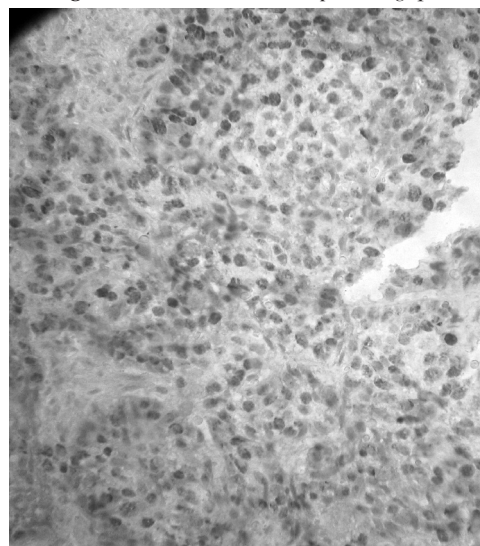
L'étude immunohistochimique avait montré un marquage positif des cellules tumorales par les anticorps anti CKAE1/AE3 (figure 2) et anti P63 (figure 3).

**Figure 2 : Examen anatomopathologique**



*Marquage positif des cellules tumorales par l'anticorps anti CKAE1/AE3*

**Figure 3 : Examen anatomopathologique**



*Marquage nucléaire positif des cellules tumorales par l'anticorps anti P63.*

Le diagnostic morphologique et immunohistochimique étaient en faveur d'un adénocarcinome à cellules basales dans sa forme solide mais l'adénome à cellules basales ne pouvait pas être éliminé. Le diagnostic était ardu sur simple biopsie mais nous avons retenu le diagnostic de malignité sur le nombre élevé de mitose, le caractère infiltrant

et la présence des adénopathies métastatiques à la TDM. Le bilan d'extension était négatif. Vu le stade clinique avancé (pTaN1M0) de la tumeur, la patiente a reçu trois cures de chimiothérapie à base d'adriamycine et cysplatine et cinq cures de radiothérapie à 70 Gy. L'évolution était marquée par la réduction de la taille tumorale confirmée par la TDM qui avait rapportée une régression tumorale à 70% avec persistance des métastases ganglionnaires. La patiente a refusé la parotidectomie (risque de paralysie faciale) et a été perdue de vue.

## Discussion

L'adénocarcinome à cellules basales est rare, moins de 100 cas recensés dans la littérature mondiale depuis son introduction dans la classification OMS 1991 des glandes salivaires [1]. Cette tumeur touche essentiellement les glandes salivaires principales, surtout la parotide (89%), de rares cas (1%) d'atteinte des glandes salivaires accessoires ont été rapportés [2]. L'âge de survenue se situe entre 27 et 92 ans avec un pic d'incidence à la sixième décennie sans prédilection de sexe [3]. L'histogénèse de l'adénocarcinome à cellules basales est incertaine, pour certains auteurs elle serait une transformation maligne d'un adénome à cellules basales, pour d'autres elle serait un néoplasme de novo [1]. Cliniquement, il s'agit souvent d'une masse indolore évoluant progressivement, avec une taille moyenne de 4 cm de grand axe [2]. La TDM et l'IRM craniofaciale ne permettent à l'heure actuelle que d'orienter vers un processus malin des glandes salivaires [1,4]. Histologiquement, cette tumeur est composée de 2 types de cellules, des cellules basales de petite taille mêlées à des cellules plus grandes. Selon l'architecture de ces cellules, on définit les 4 types : solide, trabéculaire, tubulaire et membraneux. Ces différents types peuvent coexister et subir des remaniements kystiques ou une métaplasie malpighienne

[5,6]. Les atypies cytonucléaires sont généralement discrètes avec un index mitotique bas [6]. Le stroma est fibroinflammatoire riche en lymphoplasmocytes [5,6]. Sur le plan immunohistochimique, les cellules tumorales sont positives pour les cytokératines de haut poids moléculaire, les marqueurs musculaires lisses, la vimentine et la p63 indiquant une origine canalaire et myoépithéliale [7]. Le diagnostic différentiel se pose surtout avec l'adénome à cellules basales mais la classification OMS des tumeurs primitives des glandes salivaires associe un raisonnement bien établi : les atypies, les mitoses, le caractère infiltrant et l'infiltration périnerveuse, sont associées à la malignité [8]. Les marqueurs immunohistochimiques ne sont d'aucune aide dans ce diagnostic différentiel [5]. Le carcinome adénoïde kystique se différencie par des cylindres hyalins dans la lumière glandulaire, un aspect cribriforme et un noyau plus uniforme. Le carcinome à petites cellules peut être distingué par la différenciation neuroendocrine confirmée sur le plan immunohistochimique [1,2]. Le traitement dépend du stade, le plus souvent chirurgical se basant sur une parotidectomie exploratrice avec repérage premier du nerf facial, un examen histologique extemporané, puis une parotidectomie totale ou élargie selon l'extension tumorale associée ou non à un évidement ganglionnaire cervical [9]. Cette tumeur est de bas grade, les récurrences locales sont fréquentes, parfois avec des adénopathies métastatiques mais les métastases viscérales restent rares [9,10]. Le type solide est réputé avoir le haut risque de métastase [11].

## Conclusion

L'adénocarcinome à cellules basales est une tumeur rare dont le diagnostic de certitude est anatomopathologique. Le traitement reste chirurgical. Son pronostic est généralement bon corrélé au stade. Les récurrences sont fréquentes avec rarement des métastases.

## Références

1. Jingzhou H, Zhiyuan Z, Jiawei Z, Weimin Y, Hanguang Z. Unilateral Parotid gland involvement with synchronous multiple basal cell adenocarcinomas : Case report and review of the literature. *J Oral Maxillo-fac Surg* 2010; 10 : 2356-2359
2. Hirsch D, Miles C, Dierks .Basal Cell Adenocarcinoma of the Parotid Gland: Report of a Case and Review of the Literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2007 ;65:2385-2388.
3. Yousuke T et al. Basal cell adenocarcinomas of the submandibular and parotid glands recognized simultaneously report of a case. *Auris Nasus Larynx* 2001 ; 28:189–192
4. Chawla A, Tan T, Tan G. Basal cell adenomas of the parotid gland: CT scan features. *European Journal of Radiology* 2006 ; 58 :260–265
5. Klibi F et al. Adénome à cellules basales de type membraneux de la parotide . *La Tunisie Médicale* 2009 ; 87 : 149 - 151
6. Barnes L, Eveson J.W, Reichart P, Sidransky P. World Health Organization Classification of Tumours . Pathology and genetics of Head and Neck Tumours, IARC Press : Lyon 2005.175-180
7. Pouloupoulos A, Andreades D, Epivatianos A, Antoniadis D. Basal cell adenocarcinoma of the minorsalivary gland : Case report and cell adhesion molecules immunocytochemical profile. *Oral Oncology Extra* 2005 ; 41: 150-153.
8. Coste E. Tumeurs des glandes salivaires. Etat des lieux en 2009. *Annales de pathologie* 2009 ; 29 :274-285
9. Bonfils P. Tumeurs des glandes salivaires. EMC, Oto-rhino-laryngologie 2007, 20-628-B-10.
10. Mc Cluggage et all. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 1995; 79:343-350
11. Nagao T, Sugano I, Konno A, et al. Basal cell adenocarcinoma of the salivary glands: comparison with basal cell adenoma through assessment of cell proliferation, apoptosis, and expression of p53 and bcl-2. *Cancer* 1998; 82 : 439–447.