

Cas clinique et revue de la littérature

Le carcinome muco-épidermoïde du palais : présentation de deux cas et revue de la littérature

Thomas Bridonneau^{1,7,*}, Émilie Quinque^{1,7}, Simone Zink², Philippe Schultz³,
Fabien Bornert^{1,7}, Alina Onea⁴, Sophie Riehm⁵, Olivier Étienne⁶, Sophie Bahi-Gross^{1,7}

¹ UF de Pathologie et Chirurgie Buccale, Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-Dentaires, Hôpital Civil, CHRU de Strasbourg, France

² Service de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale, Esthétique et Réparatrice, Hôpital Civil, CHRU de Strasbourg, France

³ Service d'ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Hôpital de Hautepierre, CHRU de Strasbourg, France

⁴ Département de Pathologie, Hôpital de Hautepierre, CHRU de Strasbourg, France

⁵ Service d'Imagerie 1, Hôpital de Hautepierre, CHRU de Strasbourg, France

⁶ Département de Prothèse, Faculté de Chirurgie Dentaire de Strasbourg, France

⁷ Département de Médecine buccale et Chirurgie buccale, Faculté de Chirurgie Dentaire de Strasbourg, France

(Reçu le 8 août 2015, accepté le 2 mai 2016)

Mots clés :
carcinome
muco-épidermoïde/
glande salivaire/
lambeau de rotation
palatin

Résumé – Introduction : Le carcinome muco-épidermoïde (CME) est une tumeur maligne rare qui se développe à partir des glandes salivaires. Son traitement comporte la chirurgie associée ou non à la radiothérapie en fonction du grade histologique. **Observation :** Nous rapportons les cas de découverte fortuite de CME chez deux jeunes filles adressées par leur chirurgien-dentiste traitant. L'examen a mis en évidence une lésion maculaire ou papulaire de couleur violacée localisée au niveau du palais dur. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic d'un CME de bas grade dans les deux cas. Une tomographie volumique par faisceau conique, un scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien et une imagerie par résonance magnétique ont été réalisés dans le cadre du bilan d'extension. Le traitement a consisté dans les deux cas en une exérèse de la lésion avec marge. Une prothèse obturatrice a été mise en place en per-opératoire pour fermer la communication bucco-nasale. Dans un cas, une reconstruction de la perte de substance par un lambeau de rotation palatin a été effectuée au bout de 2 ans de suivi. **Discussion :** La découverte d'un CME chez des jeunes patients est rare. Ces deux observations permettent de faire le point sur la prise en charge de ce type de cancer en fonction des caractéristiques histologiques.

Key words:
Mucoepidermoid
carcinoma/ salivary
gland/palatal rotation
flap

Abstract – Palatal mucoepidermoid carcinoma: diagnosis and multidisciplinary care. Introduction: Mucoepidermoid carcinoma (MEC) is a malignant tumor of the salivary glands. Depending on the histological grading, treatment requires surgery with or without radiotherapy. **Observation:** Two cases of MEC in young female patients are described. The clinical examination revealed a purplish lesion located on the hard palate. The histological examination confirmed the diagnosis of a low-grade MEC. Cone beam computed tomography, a cervico-thoracic CT scan and a MRI were performed in order to control lesion extension and exclude a metastatic evolution. Resection of the lesion was performed and oro-nasal communication was immediately closed by a prosthetic obturator. In one case, no recurrence was observed, and closure of the oro-nasal communication was performed two years later by a palatal rotation flap. **Discussion:** MEC in adolescents is rare. These observations are opportunity to review the management of this type of cancer with regard to histological typing.

* Correspondance : thomas.bridonneau@chru-strasbourg.fr

Introduction

Le carcinome muco-épidermoïde (CME) est une tumeur maligne des maxillaires qui représente 1 à 3 % des cancers des voies aéro-digestives supérieures et entre 15 % à 30 % des tumeurs malignes des glandes salivaires [1,2]. Cette tumeur identifiée par Loos en 1913 doit être connue de l'odontologue et du chirurgien mais aussi du pathologiste puisque l'attitude thérapeutique est dictée par son diagnostic [2,3]. Le CME peut se développer à partir de toutes les glandes salivaires, le plus souvent au niveau de la glande parotide, mais peut également concerner les glandes salivaires accessoires dans la partie postéro-latérale du palais. Majoritairement découvert entre 40 et 60 ans, des cas rares et très précoces, dès l'âge de 4 ans, ont été décrits dans la littérature [4]. Son étiopathogénie n'est pas élucidée et les signes cliniques sont généralement peu évocateurs surtout dans les stades initiaux. On définit trois types histologiques classés en bas grade, grade intermédiaire et haut grade. La prise en charge est une chirurgie d'exérèse associée à une radiothérapie en cas de haut grade histologique.

Cet article a pour objectif de décrire les aspects cliniques et histologiques ainsi que la prise en charge des CME au travers de deux cas cliniques chez deux adolescentes.

Observations

1^{er} cas

Une jeune patiente de 18 ans a été adressée à l'unité de chirurgie orale par son chirurgien-dentiste traitant pour l'avulsion des dents de sagesse.

La patiente ne présentait à l'anamnèse aucun antécédent médico-chirurgical et était non fumeuse.

L'examen de la cavité buccale a mis en évidence une macule violacée ovale de 1,5 cm au niveau du palais dure, associée à de fines télangiectasies en regard des faces palatines des dents 26-27. Les limites étaient nettes et la palpation souple et indolore (Fig. 1). L'examen exo-buccal ne retrouvait pas d'adénopathie. L'orthopantomogramme ne révélait aucune image spécifique en regard de la lésion.

Face à l'absence de facteur traumatique identifié, une biopsie a été réalisée sous anesthésie locale au niveau de la lésion palatine qui laissait sourdre un liquide visqueux jaunâtre compatible avec une affection d'une glande salivaire accessoire.

L'examen anatomopathologique effectué sur un prélèvement de 0,8 × 0,7 cm a conclu à un CME bien différenciée, de bas grade (Fig. 2a et b).

Un bilan d'extension comprenant un CBCT, une IRM et un scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien a été réalisé. Le CBCT a permis de mettre en évidence une lacune de 8 × 10 mm localisée au niveau de la suture palato-maxillaire gauche



Fig. 1. Vue endo-buccale mettant en évidence une macule violacée chez la première patiente.

Fig.1. Intra-oral view showing a purplish macula on the left side of the hard palate in the first patient.

(Fig. 3). L'IRM confirmait la présence d'une image nodulaire circonscrite. La lésion était parfaitement limitée à la zone osseuse du tiers postérieur gauche de l'hémi-palais osseux. Le scanner ne montrait pas de lésions à distance.

Suite à la réunion de concertation pluridisciplinaire, une exérèse de la lésion avec une marge de sécurité et examen extemporané a été réalisée. À la fin de l'intervention, l'équipe odontologique a mis en place une prothèse obturatrice provisoire afin de fermer la communication bucco-nasale (CBN).

L'examen anatomopathologique définitif effectué sur une pièce osseuse mesurant 1,8 × 1,4 cm et 1 cm d'épaisseur a confirmé un CME de bas grade d'exérèse complète.

Une prothèse obturatrice d'usage est réalisée 8 semaines après l'intervention afin d'améliorer la stabilité prothétique et la qualité de vie de la patiente.

La patiente a été suivie durant 2 ans sur le plan clinique et radiologique, au cours desquels sont réalisés une IRM et un scanner de contrôle qui ne retrouvaient aucune récurrence.

La patiente alors âgée de 20 ans se plaignait de la prothèse obturatrice et la CBN qui handicapait sa qualité de vie. Elle a été prise en charge au service de Chirurgie Maxillo-Faciale pour fermer la CBN par un lambeau de rotation de la muqueuse palatine (Fig. 4a-b). Afin d'éviter toute mobilisation et traumatisme du lambeau, une sonde naso-gastrique a été laissée en place pendant 3 semaines. Un traitement antibiotique (Clindamycine 300 mg 3×/jour / 7 jours), antalgique (Paracétamol 4 g/jour) et antiseptique (Chlorhexidine pendant 15 jours) ont été prescrits. Un contrôle clinique sur 3 mois a confirmé le succès du lambeau. La patiente était très satisfaite, elle ne présentait plus de CBN, la phonation et la mastication ont été nettement améliorées.

À 4 ans post-opératoires, un suivi radiologique et clinique est toujours effectué et ne met en évidence aucune récurrence.

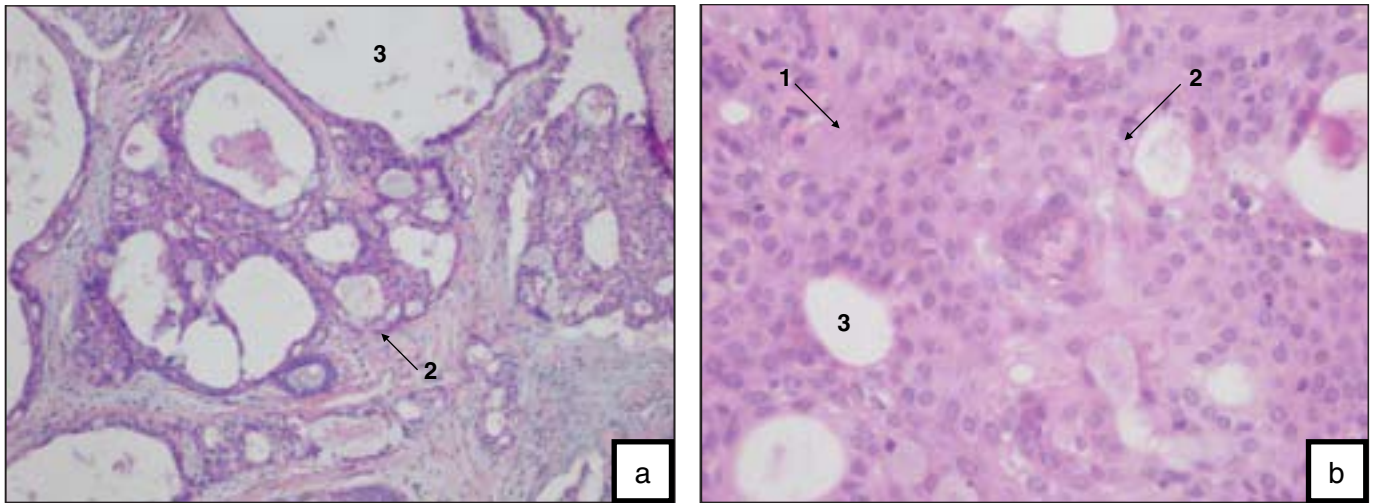


Fig. 2. Coupes histologiques : grossissement $\times 100$ (a) et $\times 25$ (b), coloration hématoxyline-éosine. On visualise une prolifération de cellules malpighiennes (1) et de cellules muco-sécrétantes (2) bien différenciées et de cellules intermédiaires de taille moyenne à cytoplasme éosinophile. Les cellules tumorales s'intriquent pour réaliser de multiples formations kystiques (3).
Fig. 2. Microscopic views, HE coloration. Proliferation of well differentiated malpighian and of mucousproducing cells and poorly differentiated intermediate cells with eosinophil cytoplasm. Tumoral cells get organization to form multiple cysts.

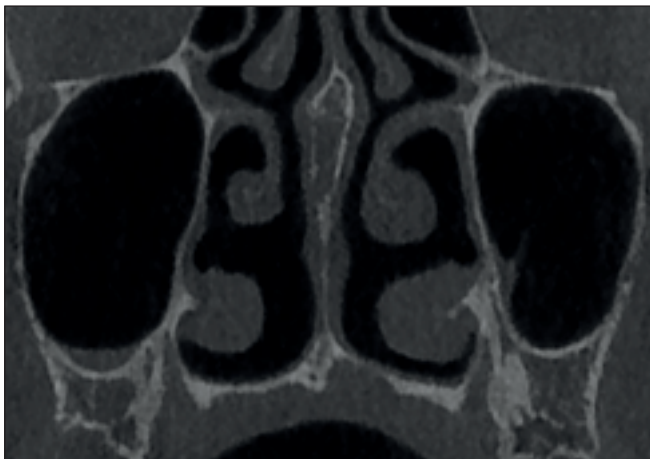


Fig. 3. CBCT de la première patiente, coupe frontale montrant une lésion radioclaire ovale au niveau de la jonction maxillo-palatine et respectant la corticale nasale.
Fig. 3. CBCT, frontal slide showing oval radiolucency on hard palate with preservation of nasal cortex.

2^{ème} cas

Une jeune patiente de 16 ans a été adressée par son chirurgien-dentiste pour avis concernant une tuméfaction palatine en regard de la dent 27 de découverte fortuite.

L'examen clinique a retrouvé une tuméfaction arrondie d'aspect bleuté, dure à la palpation avec des limites nettes.

L'orthopantomogramme était sans particularité. Une biopsie au niveau de la jonction palais dur/palais mou a été réalisée et a révélé un carcinome muco-épidermoïde bien différencié de bas grade (Fig. 5).

Le bilan d'extension comprenait un CBCT, un scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien et une IRM. Le CBCT a retrouvé une ostéolyse de la corticale palatine et de la tubérosité maxillaire gauche en arrière de la dent 27. L'IRM a mis en évidence une procidence de la masse tumorale dans la fosse nasale gauche de 21 mm de grand axe par 18 mm d'axe antéro-postérieur et de contenu solido-kystique (Fig. 6).

La prise en charge chirurgicale a nécessité la réalisation d'une maxillectomie gauche avec marge de sécurité et examen extemporané emportant la tubérosité maxillaire, le plancher du sinus maxillaire gauche, le palais osseux et les dents 26 et 27 et la muqueuse palatine. Une prothèse obturatrice a été mise en place immédiatement après l'exérèse chirurgicale.

L'examen histologique définitif a conclu à un CME bien différencié de bas grade d'exérèse complète.

Discussion

Dans les tumeurs malignes, le CME reste la tumeur la plus fréquemment observée au niveau des glandes salivaires. Il existe une légère prédominance féminine. L'âge moyen de découverte varie entre 40 et 60 ans selon les auteurs [5]. La survenue chez le jeune enfant et l'adolescent reste rare [4], une trentaine de cas ont été décrits dans la littérature depuis 1952 [6,7].

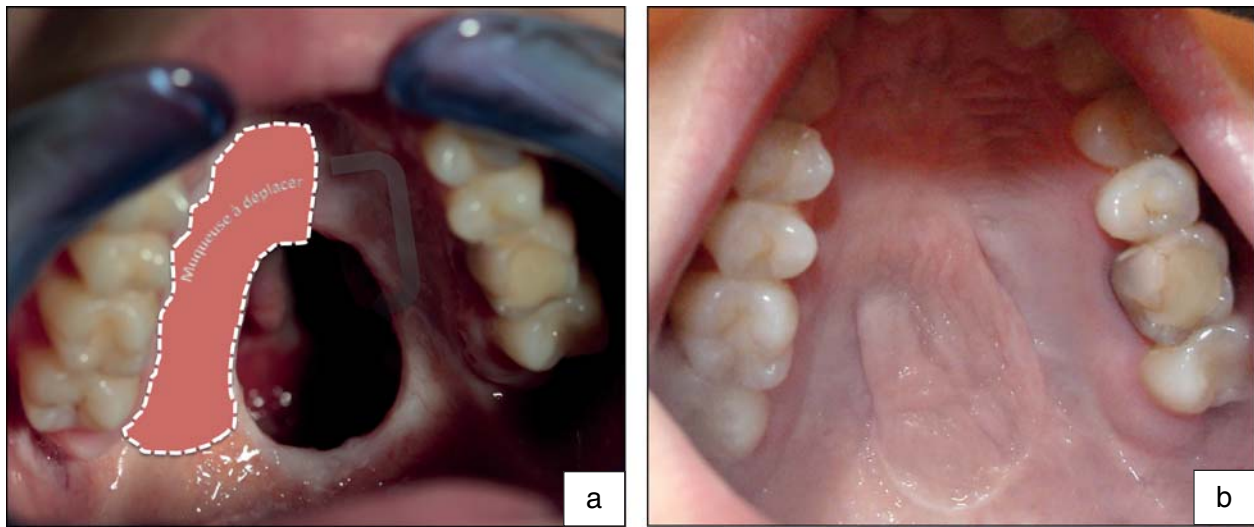


Fig. 4a. Technique de lambeau de rotation palatin réalisée chez la première patiente. Contrôle clinique à 6 mois post-opératoires. La communication est intégralement refermée. La patiente ne souffre d'aucune gêne esthétique et fonctionnelle.
Fig. 4a. Palatal rotation flap technic. **4b.** Clinical view at 6 months postoperatively. Communication is fully closed. The patient doesn't suffer anymore of aesthetic and functional sequelae.



Fig. 5. Vue endo-buccale mettant en évidence la tuméfaction palatine chez la deuxième patiente.
Fig. 5. Intra-oral view showing a purplish-bluish tumor on hard palate in the second patient.

Le siège de prédilection est par ordre décroissant : la parotide (48 %), le palais (20 %), la glande sous-mandibulaire (7 %) [8]. La localisation intra-osseuse du CME est extrêmement rare, elle représente 2 à 3 % des CME décrits dans la littérature [9]. Des cas de carcinomes muco-épidermoïdes ont été décrits en différents sièges y compris au niveau du poumon [10].

D'un point de vue clinique, cette tumeur se présente généralement comme une tuméfaction indolore, de croissance lente



Fig. 6. IRM, coupe frontale, en T2 chez la deuxième patiente. On visualise une formation expansive, cloisonnée, contenant une portion charnue entourée d'une paroi qui s'épaissit à sa partie supéromédiale.
Fig. 6. MRI, coronal slide showing an expansive and partitioned tumor, containing a fleshy portion surrounded by a wall which is thicker at its upper-medial part.

et insidieuse. L'aspect violacé n'est pas systématiquement retrouvé. La symptomatologie est fruste et variable selon les patients. Dans les deux cas présentés, les patientes n'ont décrit aucune douleur ni mobilité dentaire associées.

Le typage du CME repose sur plusieurs critères histologiques. Par ailleurs, le grade histologique est, selon Seethala,

Tableau I. Classification histologique selon l'AFIP, 1996.

Table I. AFIP histological classification, 1996.

Critères de diagnostic	Scores
Composante kystique < 20 %	+ 2
Invasion nerveuse	+ 2
Nécrose	+ 3
4 mitoses ou plus	+ 3
Anaplasie	+ 4
Grade	Score total
Bas Grade	0 - 4
Grade intermédiaire	5 - 6
Haut grade	7 ou plus

un indicateur significatif du pronostic du CME dans la mesure où il définit le degré d'agressivité de la tumeur et conditionne la prise en charge [11].

Le diagnostic de CME repose notamment sur la mise en évidence de trois types cellulaires (Fig. 2) :

1. Les cellules épidermoïdes ou malpighiennes qui peuvent former des lobules pleins ou être observées dans la bordure des kystes.
2. Les cellules muco-sécrétantes sont PAS positives, diacase résistantes (PAS+, PASD+). Elles forment une ou plusieurs couches en bordure des kystes ou peuvent être dispersées.
3. Les cellules intermédiaires qui correspondent à des cellules épidermoïdes d'aspect intermédiaire entre des éléments bien différenciées et des cellules basales.

La classification histologique du CME a évolué au cours du temps. Le premier à avoir essayé de classer cette tumeur est Stewart en 1945 en lui définissant une forme bénigne et une forme maligne [12]. La première classification internationale est celle de l'OMS publiée en 1991. Elle définissait deux types de CME : une tumeur de bas grade et une de haut grade en fonction de sa composition cellulaire, sa taille, sa composante kystique et la présence de mitose [13].

Actuellement, les classifications de l'Armed Forces Institute of Pathology (AFIP) et celle de Brandwein sont utilisées pour décrire cette tumeur [14-16]. Le CME est ainsi défini en tumeur de bas grade, de grade intermédiaire ou de haut grade. Afin de classer la tumeur, le pathologiste attribue des points en fonction des paramètres histologiques défavorables. (Tab. 1). Plus le score augmente, plus la tumeur est qualifiée de haut grade.

La classification AFIP (1996) se base sur 5 critères (Tab. 1). Le CME de bas grade est défini par une majorité de cellules muco-sécrétantes et épidermoïdes bien différenciées avec de rares mitoses. Cette tumeur est en général bien circonscrite et de petite taille avec une prédominance kystique. À l'inverse, un CME de haut grade présente des cellules intermédiaires et épidermoïdes peu différenciées, anaplasiques, sièges de mitoses fréquentes. La tumeur est mal délimitée avec un aspect

infiltrant par petits amas ou lobules. La composante kystique est mineure, inférieure à 20 %. La composition cellulaire n'est pas obligatoirement corrélée au grade histologique et n'entre pas en compte dans les critères diagnostiques. Le grade intermédiaire correspond à un stade de transition entre le bas grade et le haut grade [14-16].

La classification de Brandwein introduit en 2001 des critères histologiques complémentaires afin de définir plus précisément le grade histologique du CME : l'invasion vasculaire, l'invasion osseuse et l'infiltration tumorale [16].

Selon Seethala, il peut être difficile de grader un CME malgré l'existence de ces classifications [11]. La difficulté principale repose sur la définition du grade intermédiaire et de son mode de prise en charge. Aro et al. contournent ce problème en suggérant de traiter le grade intermédiaire comme un haut grade considérant que la classification de l'AFPI peut dans certains cas sous-évaluer le grade histologique [17]. D'autre part, la classification de Brandwein peut classer certaines tumeurs dans la catégorie haut grade et donc surévaluer une tumeur qui ne serait pas nécessairement agressive [11].

Le diagnostic différentiel implique de très nombreuses lésions. Le diagnostic se discute notamment avec les tumeurs bénignes des glandes salivaires telles que l'adénome pléomorphe qui est constitué d'une double composante endothéliale et mésenchymateuse ; le mucocèle ou encore l'oncocytome où l'examen anatomo-pathologique ne retrouve pas de mucosécrétion. De par la couleur « violacée » de la lésion dans les deux cas présentés (Figs. 1 et 5), l'hémangiome doit aussi être évoqué ; il a la particularité histologique d'être formé de cellules endothéliales formant des capillaires.

Une autre tumeur maligne ne doit pas être écartée, parmi les plus fréquentes dans cette zone on retrouve le carcinome à cellule acineuse (absence de cellules muco-sécrétantes à l'examen histologique), le carcinome myoépithélial (composante fuso-cellulaire fréquente), l'adénocarcinome à cellules claires, le mélanome ou encore le sarcome de Kaposi (cellules fusiformes et HHV8 positives et association fréquente à un contexte de VIH).

La prise en charge du CME dépend du diagnostic anatomo-pathologique. Le traitement chirurgical des CME reste la thérapeutique de choix. Il consiste en l'exérèse de la tumeur avec une marge carcinologique muqueuse et osseuse [6,17]. Le curage ganglionnaire est indiqué dans les tumeurs de grade élevé où le risque de métastases ganglionnaires est supérieur à 50 % [5]. Selon les recommandations de la SFORL, en l'absence d'adénopathies, le curage est indiqué pour les tumeurs T2-T4 de haut grade et T4b ; il est optionnel sur les tumeurs de bas grade et les tumeurs T1 de haut grade. Une radiothérapie vient compléter la chirurgie dans les cas des CME de haut grade de stades II, III et IV et dans les tumeurs de bas grade de stades III et IV [18]. La chimiothérapie n'est pas recommandée pour ce type de cancer [18].

Il est possible selon Ord et Salama de réaliser la résection des tissus mous avec une marge muqueuse de 1 cm et de préserver le tissu osseux sous-jacent uniquement dans les cas des CME de bas grade au stade T1 mesurant moins de 2 cm de diamètre et ne présentant aucun signe clinique ou radiologique d'envahissement osseux [17]. Selon les auteurs, ces tumeurs ont une croissance lente et habituellement ne s'infiltrent pas largement. En l'absence de constatations peropératoires d'un envahissement osseux, l'os est ainsi laissé intact et est habituellement recouvert d'une attelle palatine préfabriquée avec une doublure en résine souple pour guider la cicatrisation muqueuse par seconde intention [17].

Le pronostic à long terme du carcinome muco-épidermoïde est fonction des marges chirurgicales saines et du grade histologique. Les tumeurs de bas grade ont une survie à 5 ans de 90-100 %, alors que ce pourcentage tombe à 20-40 % pour les tumeurs de haut grade [5,8].

Apport de l'obturateur

Après la chirurgie, l'obturateur a pour objectif de fermer le défaut, de séparer la cavité buccale des cavités nasales et/ou sinusiennes, de prévenir la régurgitation nasale de nourriture et de liquides [19]. Il est réalisé idéalement avant la chirurgie puis mis en place immédiatement après l'exérèse carcinologique afin de guider la cicatrisation tissulaire et de protéger la plaie opératoire. Lorsque que le patient n'a pu être vu avant l'intervention, l'obturateur peut être réalisé en post-chirurgical. L'utilisation d'un obturateur permet un contrôle clinique aisé mais le préjudice esthétique et fonctionnel reste important, surtout chez une jeune patiente. En effet, l'aspect psychologique dans la prise en charge de ces tumeurs reste primordial chez l'enfant ou l'adulte et le fait de pouvoir retrouver une fonction phonatoire normale est primordial pour le patient.

Dans les deux cas présentés, la rétention de la plaque palatine a été assurée par la présence de crochets façonnés au niveau des dents restantes. La partie obturatrice de la plaque a été rebasée par une résine souple de mise en condition tissulaire. Cette résine transitoire a l'avantage d'être confortable et étanche. Six semaines après l'intervention, un second obturateur en résine rigide a pu être réalisé (Fig. 7). L'obturateur nécessite des rebasages réguliers du fait des modifications tissulaires et sera remplacé plusieurs fois dans la vie du patient. Grâce au concept CFAO, il est actuellement possible de concevoir des prothèses maxillo-faciales à partir des reconstructions des structures anatomiques issues de l'imagerie tomographique [20].

Suivi thérapeutique et technique de reconstruction

Les CME de bas grade ont un taux de survie de 90 %. Le taux de récurrence et de développement de métastases reste

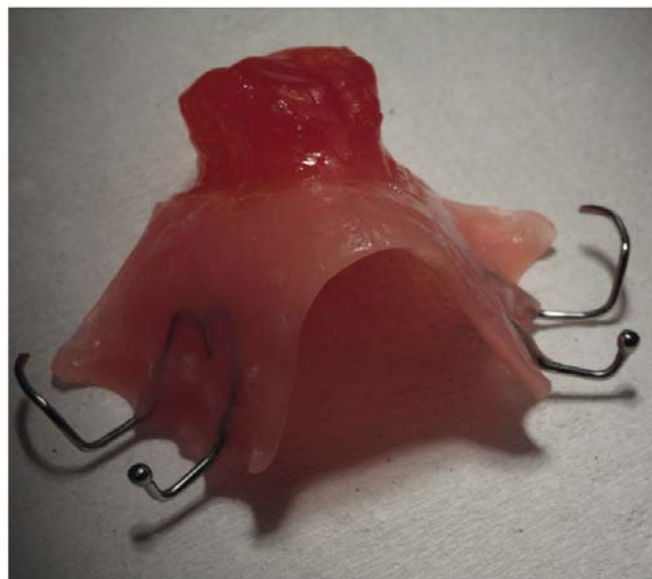


Fig. 7. Obturateur palatin.

Fig. 7. Palatal prosthetic obturator.

faible, le risque de décès est inférieur à 1 % [18]. Le suivi post-chirurgical reste néanmoins essentiel. Selon les recommandations, il n'existe pas à l'heure actuelle de données dans la littérature permettant de définir le rythme et le contenu précis des bilans pour la surveillance des patients atteints de cancers des glandes salivaires. Le groupe d'experts recommande pour les CME de bas grade une surveillance trimestrielle la première année puis semestrielle pendant 3 ans. La réalisation d'une imagerie post-thérapeutique puis de surveillance annuelle est une option : IRM ou échographie à haute définition [18]. Dans les deux cas, une IRM a été effectuée tous les ans avec un examen clinique.

Après plusieurs années de surveillance et dans le cas d'un carcinome de bas grade, deux questions se posent, dont la réponse est loin d'être aisée. L'une académique : faut-il reconstruire les pertes de substance lorsque cela n'a pas été fait en peropératoire ? Et l'autre pratique : comment reconstruire ce défaut ?

La reconstruction maxillaire qu'elle soit chirurgicale ou prothétique a des objectifs simples. Elle doit permettre de fermer la communication, de restaurer la fonction et *in fine* améliorer la qualité de vie du patient.

La fermeture de la communication peropératoire peut représenter un problème au niveau de la surveillance de la zone opérée. Par ailleurs, dans les cas de CME de haut grade la radiothérapie réalisée entraîne une rétraction tissulaire, la technique de fermeture par lambeau est plus difficile à réaliser du fait de la diminution de la qualité et de la quantité de tissu utilisable pour le recouvrement et peut entraîner une nécrose et des complications [21]. Il semble ainsi préférable de différer la reconstruction palatine après une période de surveillance.

La patiente du cas n°1 présentait une réelle gêne fonctionnelle, esthétique et psychologique. L'indication d'une fermeture chirurgicale de la communication bucco-nasale (CBN) a été posée après un suivi de 2 ans.

De nombreuses techniques chirurgicales par l'utilisation du tissu local ou par importation de tissu adjacent (greffe de peau) ont été décrites pour la fermeture des communications bucco-nasales. Anani et Aly décrivent une technique de fermeture par un double volet mucopériosté basé sur la vascularisation de l'artère palatine [22]. Salins et Kishore décrivent un lambeau de transposition latérale, celui-ci reste plus adapté dans le cas d'un large défaut localisé au niveau de la tubérosité [23].

Dans le cas clinique n°1, le lambeau de rotation palatin reste la technique de choix dans ce type de reconstruction. Il s'agit d'un lambeau pédiculé à base postérieure en rapport avec la vascularisation de l'artère palatine (Fig. 4a). La technique de rotation palatine consiste à déplacer au niveau de la zone de recouvrement la muqueuse palatine en prenant bien soin d'avoir assez de laxité pour réaliser une fermeture étanche. La zone de prélèvement palatine restera donc en cicatrisation dirigée de seconde intention. Cette technique est fiable, reproductible et présente peu de complications [23].

Dans les cas d'un défaut de la tubérosité maxillaire, comme c'est le cas chez la deuxième patiente, le corps adipeux de la joue peut apparaître comme une technique de reconstruction intéressante [24]. Selon Lagier et al., la principale limitation technique est liée au volume adipeux très variable et pas directement lié à l'adiposité générale. Les pertes de substance à combler ne doivent pas dépasser 6 cm de diamètre [24].

D'autres techniques de fermeture ont été décrites dans la littérature telles que le lambeau de langue [25], le lambeau nasogénien, le lambeau buccinateur. Ces techniques sont utilisées dans le cas de perte de substance postérieure de plus grande étendue qui ne peut être fermée par un lambeau local [26].

Conclusion

Le carcinome muco-épidermoïde reste une tumeur rare mais qui doit être évoquée devant une lésion des glandes salivaires de siège palatin. Les deux cas cliniques présentés montrent l'intérêt d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge rapide afin d'éviter une chirurgie trop délabrante et d'améliorer le pronostic. Un suivi, clinique et radiologique, reste indispensable pour ce type de lésion dont l'origine reste inconnue à l'heure actuelle.

Conflits d'intérêt : aucun

Références

- Lakouichmi M, Mliha Touati M, Zrara I, Zoubeir Y, El Bouihi M, Mansouri Hattab N. [Primary intraosseous mucoepidermoid carcinoma of the jaws]. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale* 2013;114(5):334-337.
- Meleti M, Ferrari S, Toma L, Vescovi P, Sesenna E. P1.24. Mucoepidermoid carcinoma of palatal salivary glands: Clinicopathological experience with 10 patients. *Oral Oncology Supplement* 2009;3(1):131.
- Loos D. Central mucoepidermoid carcinoma of the jaw. *Dtsch Monatschr Zahnheik* 1913;31:308.
- Belghiti H, Znati K, Harmouch T, Amarti A, Zaki Z, El Alami MN. [Mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland in young children]. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2011;112(2):110-112.
- Da Cruz Perez DE, Pires FR, Lopes MA, de Almeida OP, Kowalski LP. Adenoid cystic carcinoma and mucoepidermoid carcinoma of the maxillary sinus: report of a 44-year experience of 25 cases from a single institution. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64(11):1592-1597.
- Baj A, Bertolini F, Ferrari S, Sesenna E. Central mucoepidermoid carcinoma of the jaw in a teenager: a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2002;60(2):207-211.
- Hicks J, Flaitz C. Mucoepidermoid carcinoma of salivary glands in children and adolescents: assessment of proliferation markers. *Oral Oncol* 2000;36(5):454-460.
- Baglin AC, coordinateur. *Histoséminaire de pathologie tumorale ORL, Carrefour pathologie 2004. Rapport de la Société Française de Pathologie*. Paris, 2004. Société Française de Pathologie (page consultée le 18/06/2015). Espace multimédia, [en ligne] <http://www.sfpathol.org/histoseminaires-2004.html>.
- Bell D, Lewis C, El-Naggar AK, Weber RS. Primary intraosseous mucoepidermoid carcinoma of the jaw: Reappraisal of the MD Anderson Cancer Center experience. *Head Neck* 2016;38(suppl 1):E1312-7.
- Khouchilia FZ, Elkhatabi W, Bopaka RG, Aichane A, Afif H. [Mucoepidermoid carcinoma in a young girl of 21 years]. *Pan Afr Med J* 2015;20:6.
- Seethala RR. An update on grading of salivary gland carcinomas. *Head Neck Pathol* 2009;3(1):69-77.
- Stewart FW, Foote FW, Becker WF. Mucoepidermoid tumors of salivary glands. *Ann Surg* 1945;122:820-844.
- Seifert G. Histopathology of malignant salivary gland tumours. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1992;28B(1):49-56.
- Ellis GL, Auclair PL. Atlas of Tumor Pathology, Tumors of the salivary Glands, series 3, fascicle 17. Washington DC; Armed Forces Institute of Pathology 1996:155-75,353-355.
- Goode RK, Auclair PL, Ellis GL. Mucoepidermoid carcinoma of the major salivary glands: clinical and histopathologic analysis of 234 cases with evaluation of grading criteria. *Cancer* 1998 1;82(7):1217-1224.
- Brandwein MS, Ivanov K, Wallace DI, Hille JJ, Wang B, Fahmy A, et al. Mucoepidermoid carcinoma: a clinicopathologic study of 80 patients with special reference to histological grading. *Am J Surg Pathol* 2001;25(7):835-845.
- Aro K, Leivo I, Mäkitie AA. Management and outcome of patients with mucoepidermoid carcinoma of major salivary gland origin: a single institution's 30-year experience. *Laryngoscope* 2008; 118(2):258-262.

18. REFCOR. Recommandations pour la pratique clinique : Tumeurs malignes primitives des glandes salivaires. Paris, 2009. Commandité par le réseau d'expertise français sur les cancers ORL rares. ORL France (page consultée le 18/06/2015). [en ligne] <http://www.orlfrance.org/article.php?id=20>.
19. Chen C, Ren W, Gao L, Cheng Z, Zhang L, Li S, et al. Function of obturator prosthesis after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2016;82(2):177-183.
20. Bou C, Pomar P, Vigarios E, Toulouse E. Prothèse maxillofaciale et conception et fabrication assistées par ordinateur (CFAO). *EMC - Dentisterie.* 2004;1(3):275-283.
21. Atlan D, Hans S, Brasnu D, Housset M. Radiothérapie externe dans les cancers de la tête et du cou. *EMC - Oto-rhino-laryngologie* 2004;1(3):241-249.
22. Anani RAA, Aly AM. Closure of palatal fistula with local double-breasted mucoperiosteal flaps. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2012;65(9):237-240.
23. Salins PC, Kishore SK. Anteriorly based palatal flap for closure of large oroantral fistula. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996;82(3):253-256.
24. Lagier A, Alshawareb F, Layoun W, Lagier J-P. [Bichat's buccal fat pad for reconstruction of posterior oral cavity defects]. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2010;111(3):152-154.
25. Adam S, Salles F, Guyot L, Cheynet F, Chossegras C, Blanc J-L. [The tongue flap in palatal defect reconstruction]. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2011;112(1):22-26.
26. Boutault F, Paoli J-R, Lauwers F. Reconstruction chirurgicale des pertes de substance des maxillaires. *EMC - Stomatologie* 2005; 1(3):231-253.