

## Myoepitheliome à cellules fusiformes de la glande parotide : à propos d'un cas

### A spindle cell myoepithelioma of parotid gland : a case report

Lobna Ayadi, Slim Charfi, Rim Kallel, Mariem kessentini, Najla Abid, Héra Mnif, Naourez Gouiaa, Tahya Boudawara.

*Laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques. CHU Habib Bourguiba de Sfax.*

#### RÉSUMÉ

**Prérequis :** Le myoépithéliome est une tumeur rare des glandes salivaires, siégeant habituellement au niveau de la parotide ou des glandes salivaires accessoires.

**Cas clinique :** Nous rapportons un cas de myoépithéliome siégeant dans la glande parotide chez une femme de 47 ans se présentant pour un nodule sous-cutané de la joue, d'évolution lentement progressive ; en per-opératoire, le nodule était intra-parotidien, facilement clivable, . Cette tumeur était formée de cellules fusiformes dont la nature myoépithéliale était confirmée par l'immuno-histochimie.

**Conclusion :** Au niveau du tissu sous-cutané, cette tumeur inhabituelle peut être confondue avec les tumeurs à cellules fusiformes des tissus mous.

#### Mots-clés

Myoépithéliome ; cellules fusiformes ; glande parotide

#### SUMMARY

**Background:** Myoepithelioma is a rare salivary gland tumor which is usually located in parotid gland and in minor salivary glands.

**Case report :**We report a case of myoepithelioma arising in an accessory parotid gland in a 47-yearold woman who presented with a slowly expanding subcutaneous nodule on the left cheek, that was within the parotid gland at surgical resection . This tumor was composed of spindle cells. Immunophenotypical characterization demonstrated its myoepithelial nature.

**Conclusion :** In the subcutaneous tissue, this unusual neoplasm may be confused with soft tissue tumors showing spindle cell features.

#### Key - words

Myoepithelioma; spindle cell ; salivary gland

R.N, une femme âgée de 47 ans, consultait en Avril 2004 pour une tuméfaction de la joue gauche évoluant depuis 4 mois. L'examen clinique montrait une masse sous lobulaire gauche, non douloureuse, ferme mobile par rapport aux plans superficiel et profond ; il n'y avait ni signes neurologiques ni adénopathie satellite. L'échographie avait mis en évidence une masse solide intra parotidienne gauche bien limitée hypoéchogène, finement hétérogène avec un renforcement postérieur évoquant un adénome pléomorphe. Une parotidectomie superficielle était réalisée. L'examen macroscopique (fig.1) montrait une formation tumorale blanchâtre mesurant 2.5 cm de grand diamètre, bien limitée encapsulée, de consistance ferme, d'aspect fasciculé, sans nécrose ni hémorragie. A l'examen extemporané, il s'agissait d'une prolifération à cellules fusiformes de densité modérée. A l'histologie (fig.2), la tumeur était formée exclusivement de cellules fusiformes groupées en faisceaux enchevêtrés sans structure glandulaire, les cellules avaient un cytoplasme éosinophile mal délimité et un noyau allongé ou ovalaire à chromatine fine parfois finement nucléolé, sans atypie ni mitoses. Le stroma était réduit. A l'étude immunohistochimique, les cellules tumorales exprimaient la vimentine, la protéine S100, la cytokératine (K11) et p63 avec une positivité irrégulière pour l'actine muscle lisse et la calponine. Ainsi la nature myoépithéliale des cellules tumorales était confirmée. Le diagnostic de myoépitheliome dans sa variété à cellules fusiformes était alors retenu.

Figure 1 : Masse tumorale encapsulée, d'aspect fasciculé, sans nécrose.

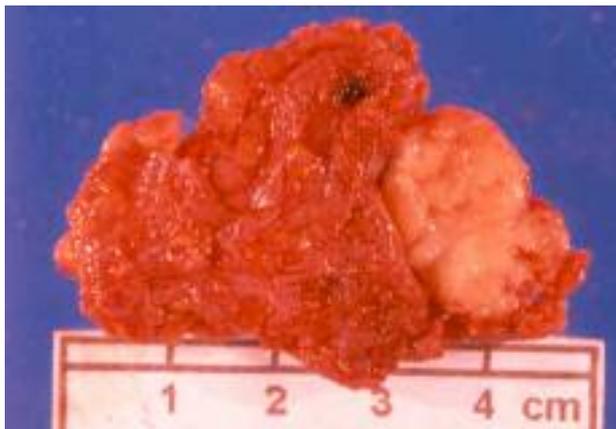
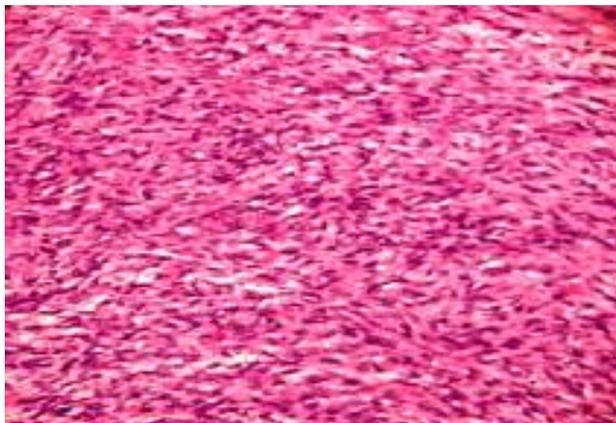


Figure 2 : Faisceaux de cellules fusiformes de densité importante (HE X 200).



## DISCUSSION

Les tumeurs myoépithéliales des glandes salivaires sont rares et sont actuellement reconnues comme une entité à part par la nouvelle classification de l'OMS. Elles touchent les deux sexes à égalité avec une moyenne d'âge de 54 ans [1]. Ces tumeurs se développent préférentiellement au niveau des glandes salivaires principales, particulièrement au niveau de la glande parotide, mais peuvent également siéger au niveau des glandes salivaires accessoires [1]. Pour les formes bénignes ou myoépithéliomes, il s'agit habituellement d'une tumeur bien limitée dont l'évolution est lentement progressive [2]. A l'histologie, le Myoépitheliome peut avoir une architecture solide, myxoïde (adénome pléomorphe-like), réticulaire (canaliculaire-like) ou mixte [3]. Sur le plan cytologique [3], il peut être formé de cellules d'allure épithéliale (45%), de cellules fusiformes (32.5%), de cellules plasmocytoïde ou hyalines (7.5%) ou de cellules claires (2.5%); il peut être aussi de type mixte (12.5%). Dans sa variété à cellules fusiformes, le Myoépitheliome est difficile à distinguer des autres tumeurs à cellules fusiformes. En effet, il est formé exclusivement de cellules fusiformes avec un degré variable de différenciation myogène. Ces cellules ont un cytoplasme éosinophile et un noyau central ; elles s'agencent en faisceaux ou en tourbillons. Le stroma est peu abondant lâche. Dans cette variété, le diagnostic différentiel peut se poser avec un fibrome, un neurofibrome, un schwannome, un leiomyome ou un sarcome. L'étude immunohistochimique est très utile voire indispensable pour confirmer la nature myoépithéliale des cellules tumorales ; Généralement, la calponine, la p63, la p40 et l'actine muscle lisse (AML) sont les marqueurs de différenciation myoépithéliale les plus fréquemment exprimés [4]. L'expression de l'AML est caractéristique mais inconstante [1] ; la desmine est souvent négative mais peut être exprimée dans la variante à cellules fusiformes [5]. Une expression de la protéine S100 (PS100), de la cytokératine et de la vimentine est notée dans la quasi totalité des cas [1,2]. L'étude ultrastructurale [1,3] montre la présence au niveau des cellules tumorales d'une membrane basale, d'un système de jonction intercellulaire de type « tight-junction », de filaments intermédiaires et de microvillosités ; les filaments actine-like dépourvus de densités focales sont présents particulièrement dans la variété à cellules fusiformes ; ces filaments sont cependant absents dans la variété plasmocytoïde. Ainsi le myoépitheliome plasmocytoïde diffère du myoépitheliome à cellules fusiformes par l'absence de différenciation myogène [4]. Pour certains auteurs [2,3], le myoépitheliome se situe à l'extrémité du spectre biologique qui inclut l'adénome pléomorphe et certains adénomes à cellules basales. Son évolution est habituellement favorable après exérèse chirurgicale. Seulement de rares cas de récurrence et de cancérisation ont été décrits [2].

## Références

1. Zaman S, Majid S, Chughtai O, Hussain M, Nasir M. Salivary gland tumours: a review of 91 cases. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2014 Jul-Sep;26(3):361-3.
2. Gore CR, Panicker N, Chandanwale S, Singh BK. Myoepithelioma of minor salivary glands - A diagnostic challenge: Report of three cases with varied histomorphology. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2013 May;17(2):257-60.
3. Khademi B, Kazemi T, Bayat A, Bahranifard H, Daneshbod Y, Mohammadianpanah M. Salivary gland myoepithelial neoplasms: a clinical and cytopathologic study of 15 cases and review of the literature. *Acta Cytol*. 2010 Nov-Dec;54(6):1111-7.
4. Owosho AA1, Aguilar CE, Seethala RR. Comparison of p63 and p40 ( $\Delta$ Np63) as Basal, Squamoid, and Myoepithelial Markers in Salivary Gland Tumors. *Appl Immunohistochem Mol Morphol*. 2015 Jul 30. [Epub ahead of print]
5. Divya Sethi, Charanjeet Ahluvalia, Arti Khatri, and Sheena Khetarpal. Palatal plasmacytoid myoepithelioma. *Adv Biomed Res*. 2012; 1: 78.