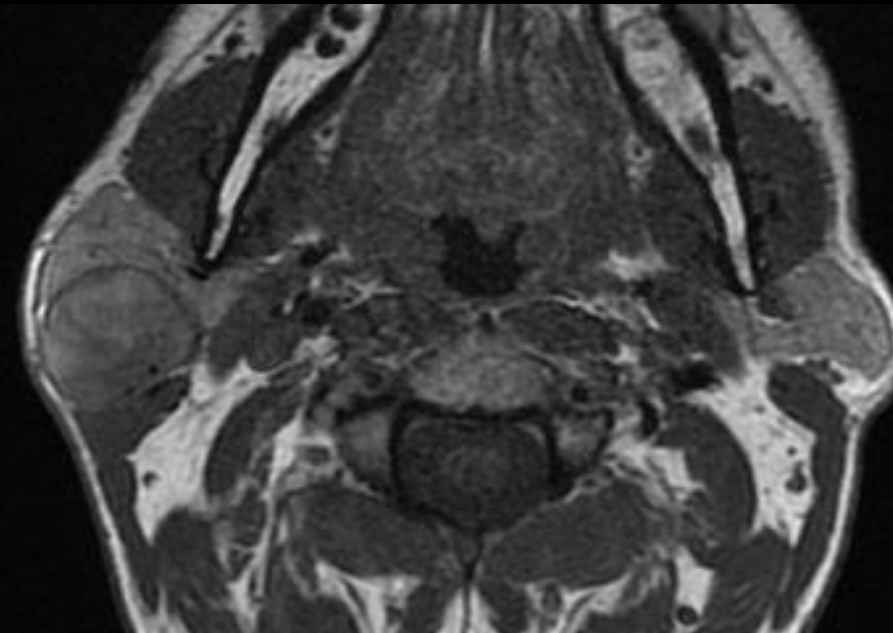
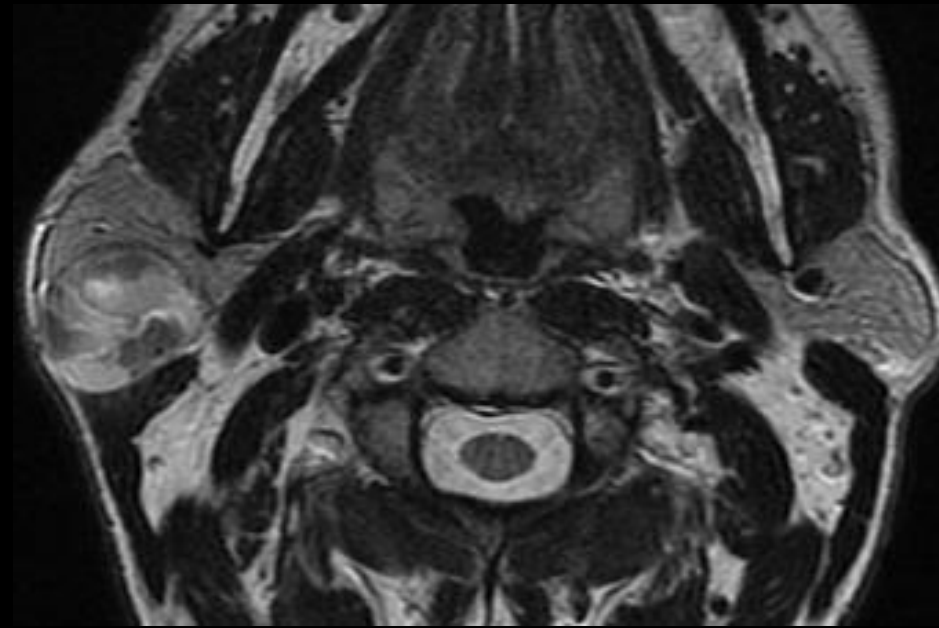


Homme de 45ans Sans antécédent notable. Tuméfaction parotidienne droite indolore , découverte suite à une parotidite

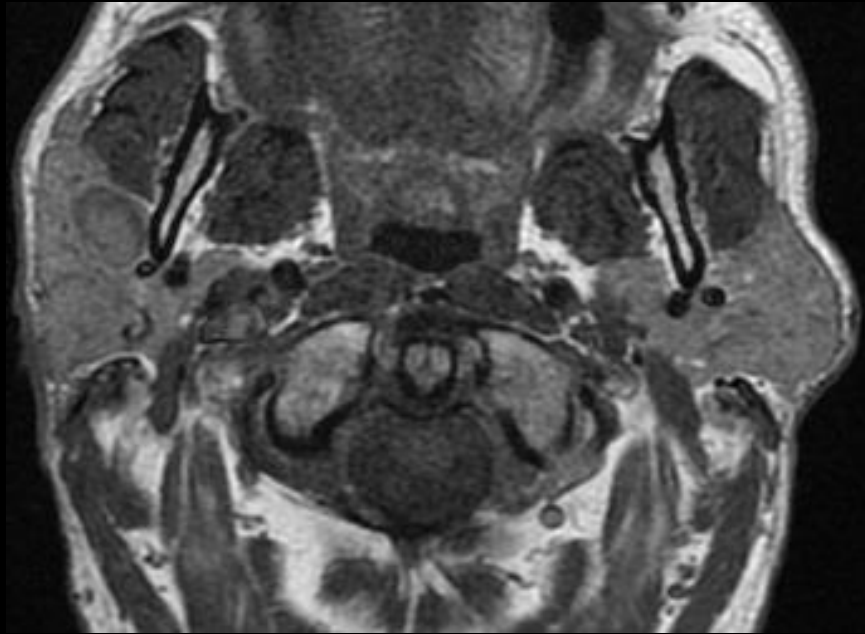


Ax T1

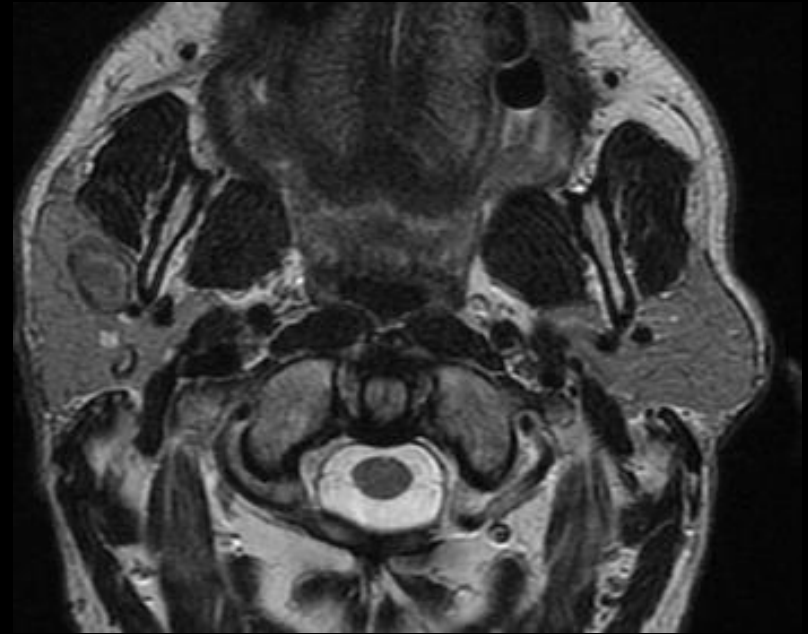


Ax T2

Matthias Lepage IHN

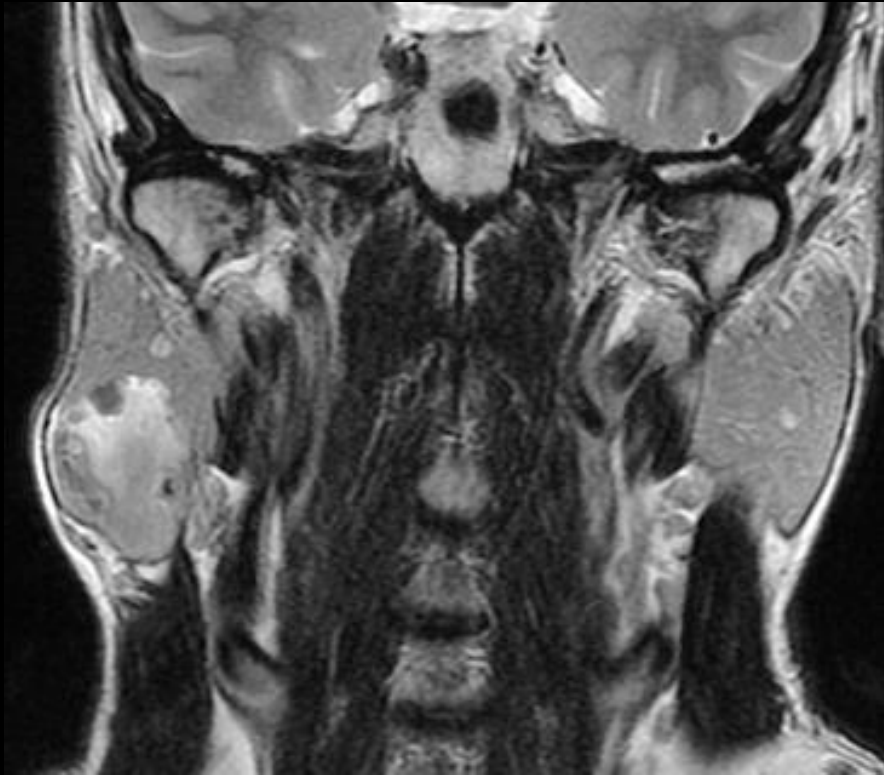


Ax T1

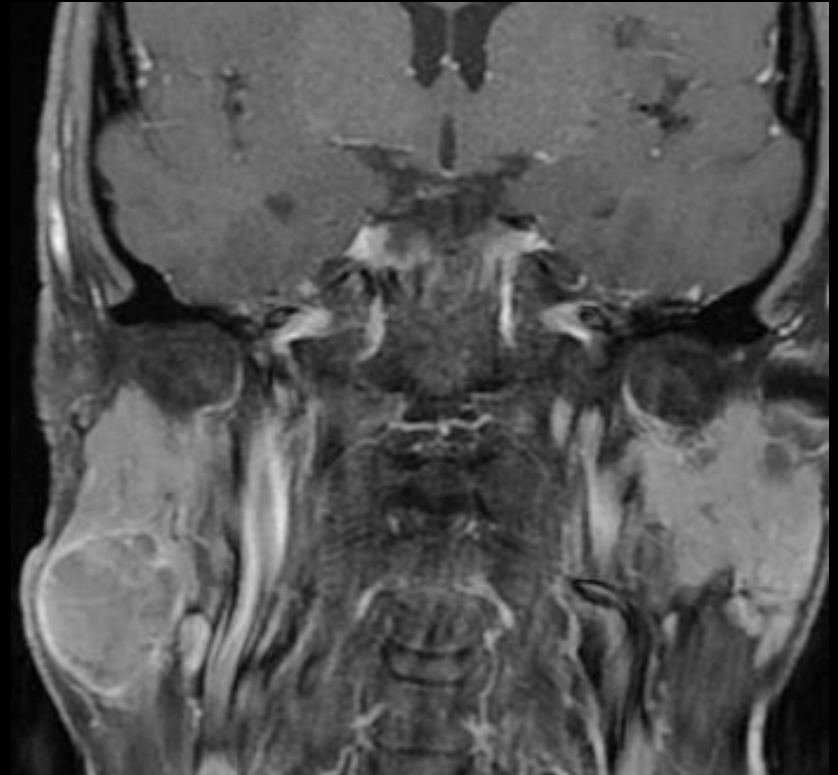


Ax T2

- 2 masses intra-parotidiennes
- Hypersignal T1
- Pas de cytoponction récente
- Bien limitées, encapsulées, ovale et arrondie

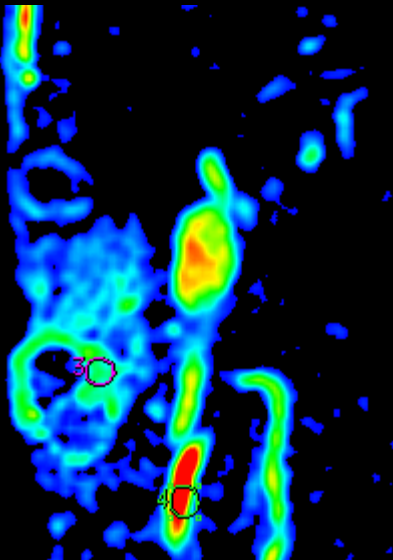
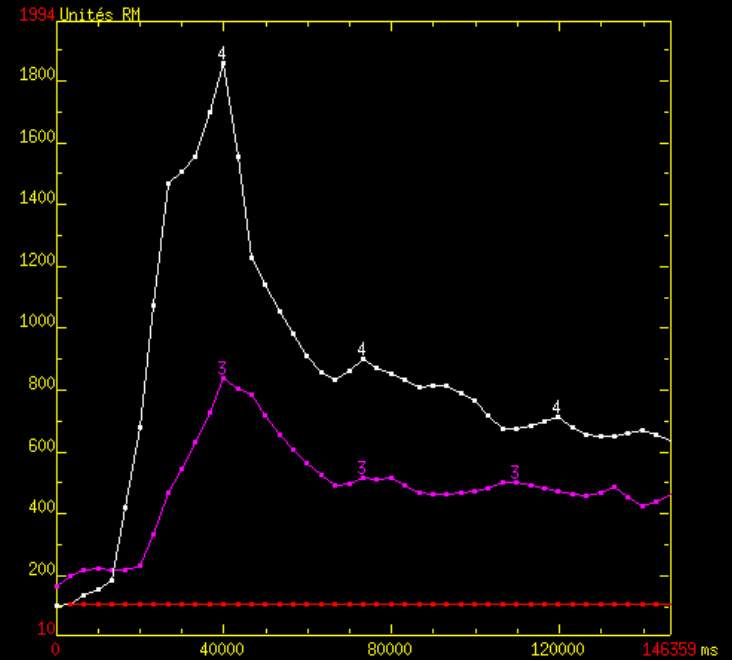
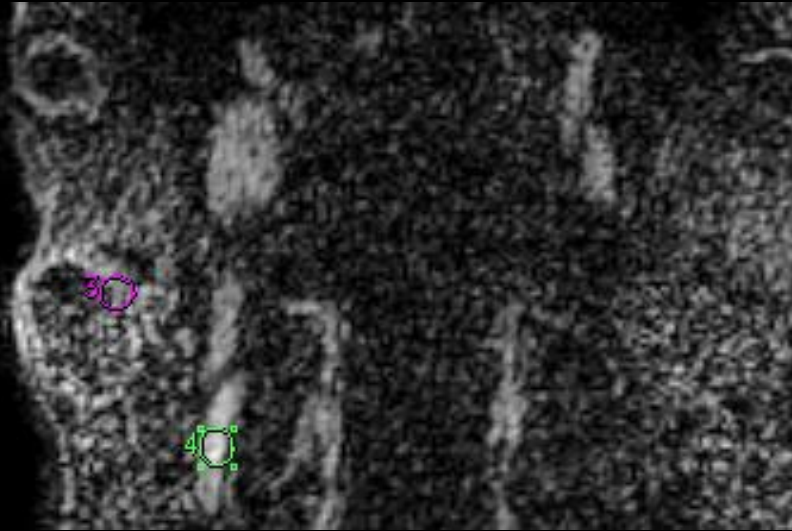


Fr T2



Fr T1 Gd

- Pas de prise de contraste intra lésionnelle
- Rehaussement capsulaire
- Pas d'adénomégalie



ADC autour de 1

Rehaussement lésionnel de type B

Washout > 30%

Cystadénolymphome parotidien

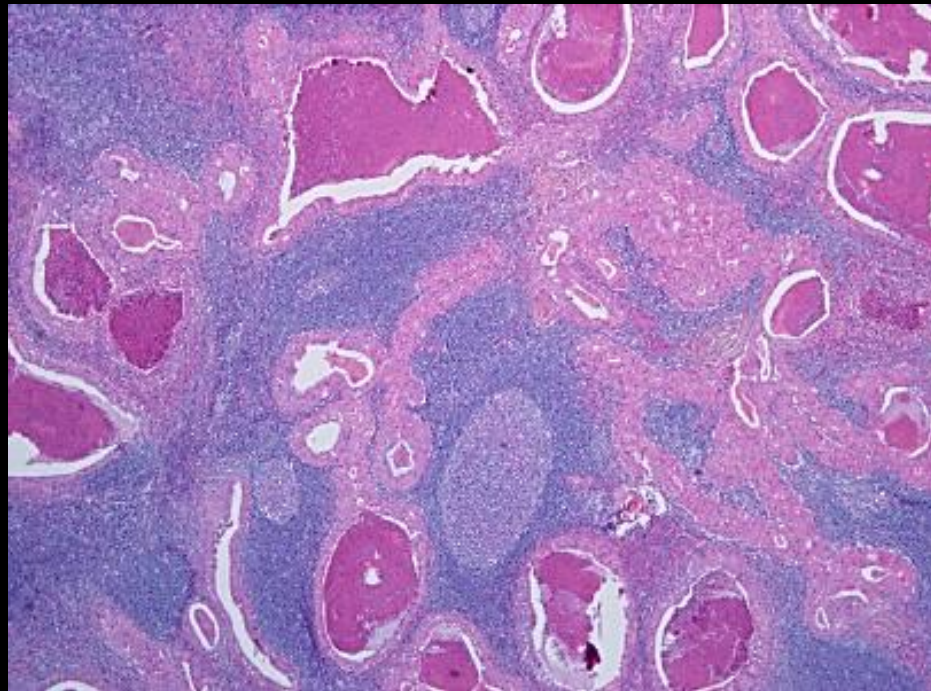
= tumeur de Warthin

Généralités

- 5 à 15% des tumeurs de la glande parotide
- Pole **postéro-inférieur ++**
- 2^{eme} cause des tumeurs parotidiennes après l'adénome pléomorphe
- Décrite par Warthin en 1929
- Rôle du **tabagisme**
- **Prédominance masculine**
- Age : 55-70ans
- Multifocalité 12-20%, Bilatéralité 5-14%

Anatomopathologie

- Composition : **cellules glandulaires oncocytaires** et **stroma lymphoïde**.
- Tumeur bénigne encapsulée
- Parfois kystique

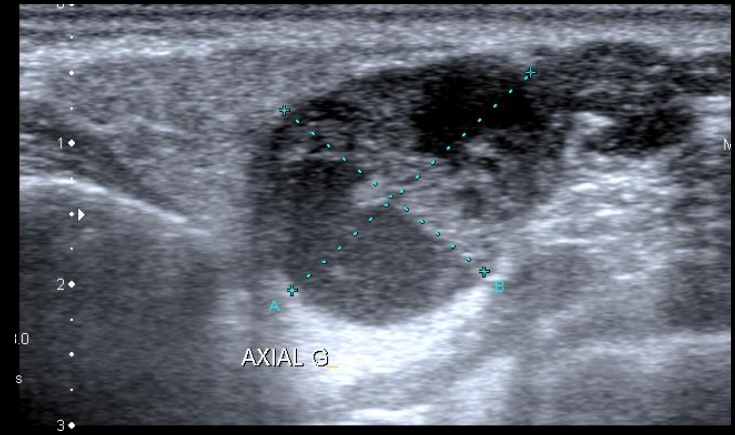
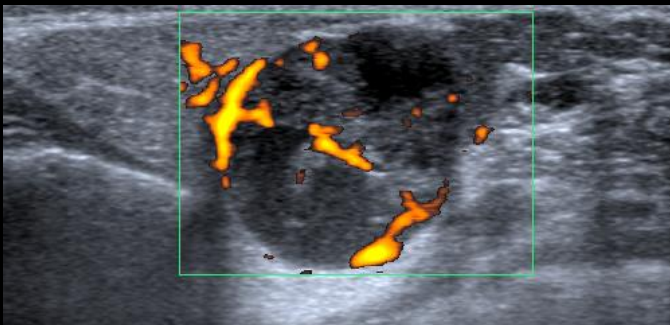


Clinique

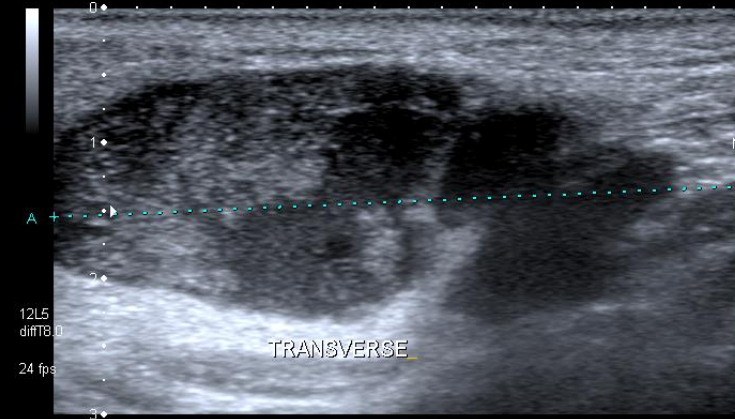
- Tuméfaction de la région parotidienne.
 - Bien circonscrite.
 - Evolutive, gêne à la mastication et déglutition
 - **Indolore, mobile, souple**
- Pas de paralysie faciale.
 - Pas d'adénopathie.
 - Pas de signe inflammatoire local

Echographie

- 1ere intention ++
- Aspect typique :
 - Formation ovale intra parotidienne
 - Bien limitée
 - Hypo-anéchogène
 - Renforcement acoustique postérieur
 - Vascularisée au doppler couleur
- Parfois kyste +/- cloisons



Dist A 23.0 mm Dist B 18.2 mm



Dist A 50.9 mm

IRM

- Examen de référence ++
- Protocole
 - Séquences en écho de spin T1 et T2
 - Séquences dynamiques après injection de Gadolinium
 - Séquences de diffusion avec mesure de l'ADC

IRM

- Aspect typique
 - Bien limitée
 - Signal intermédiaire +/- hyper T1 hypo T2
 - Pas de rehaussement central mais périphérique
 - Rehaussement précoce
 - Wash out rapide (courbe de type B)
 - ADC diminué entre 1 et 1,3



Ax T1



Ax T2



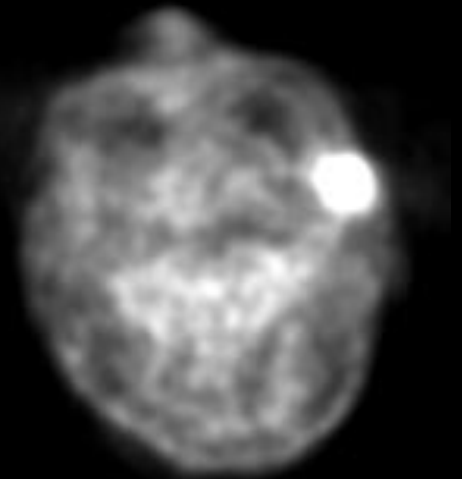
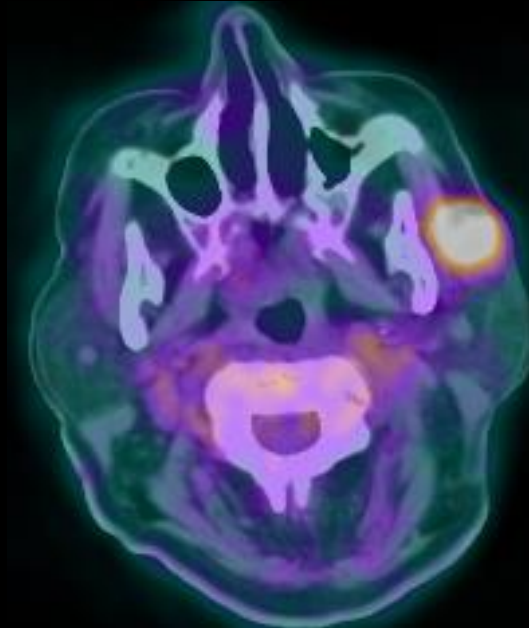
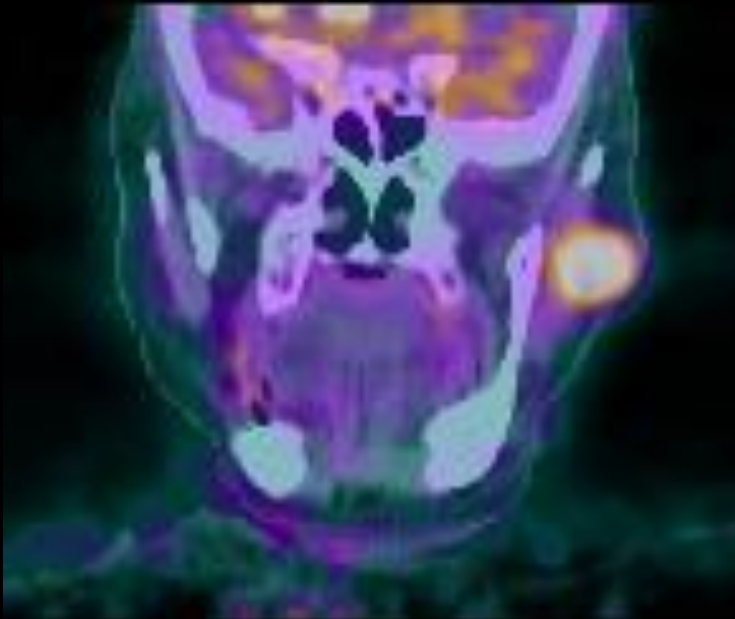
Ax T1 FS Gd

Scanner

- Indisponibilité ou contre indication IRM
- Aspect typique :
 - Masse arrondie bien limitée isodense
 - Absence de calcification
 - Hétérogène
 - Composantes kystiques et multiloculaires
 - Rehaussement périphérique

Médecine nucléaire TEP-CT au 18FDG

- Non spécifique
- Aspect similaire dans adénomes pléomorphes et oncocytome.
- Hyperfixation ++



Evolution

- Bon pronostic
- Faible taux de récurrence
- Risque de dégénérescence pratiquement nul
- évaluation prévisionnelle par la cinétique de rehaussement

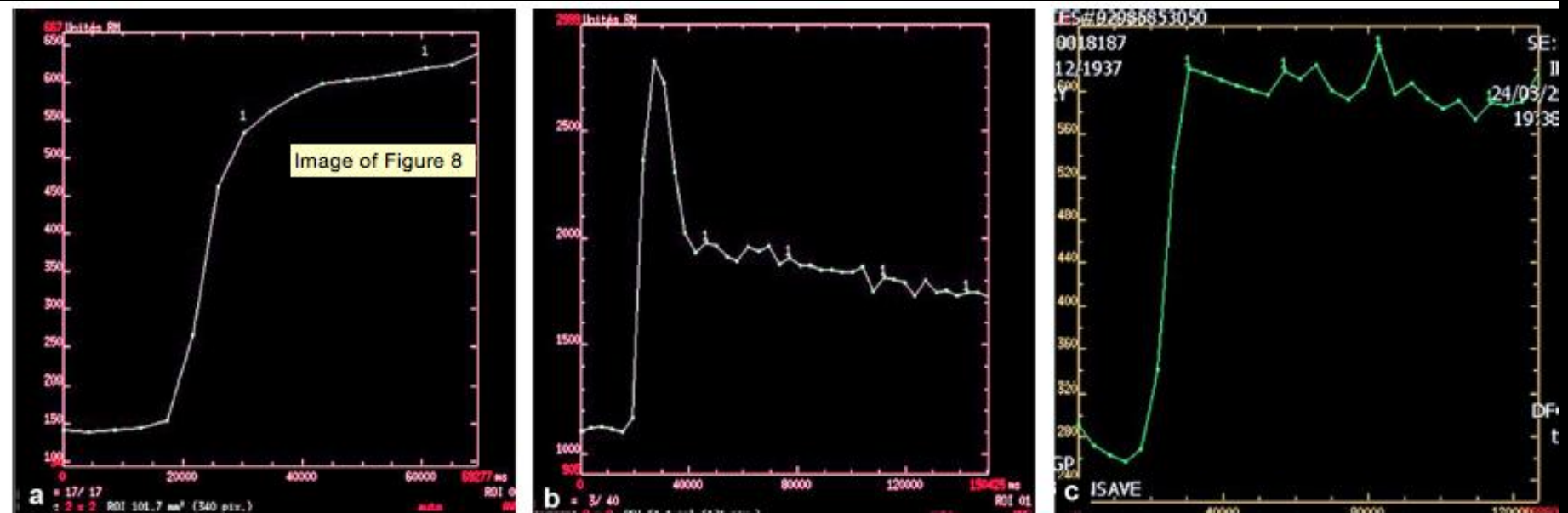
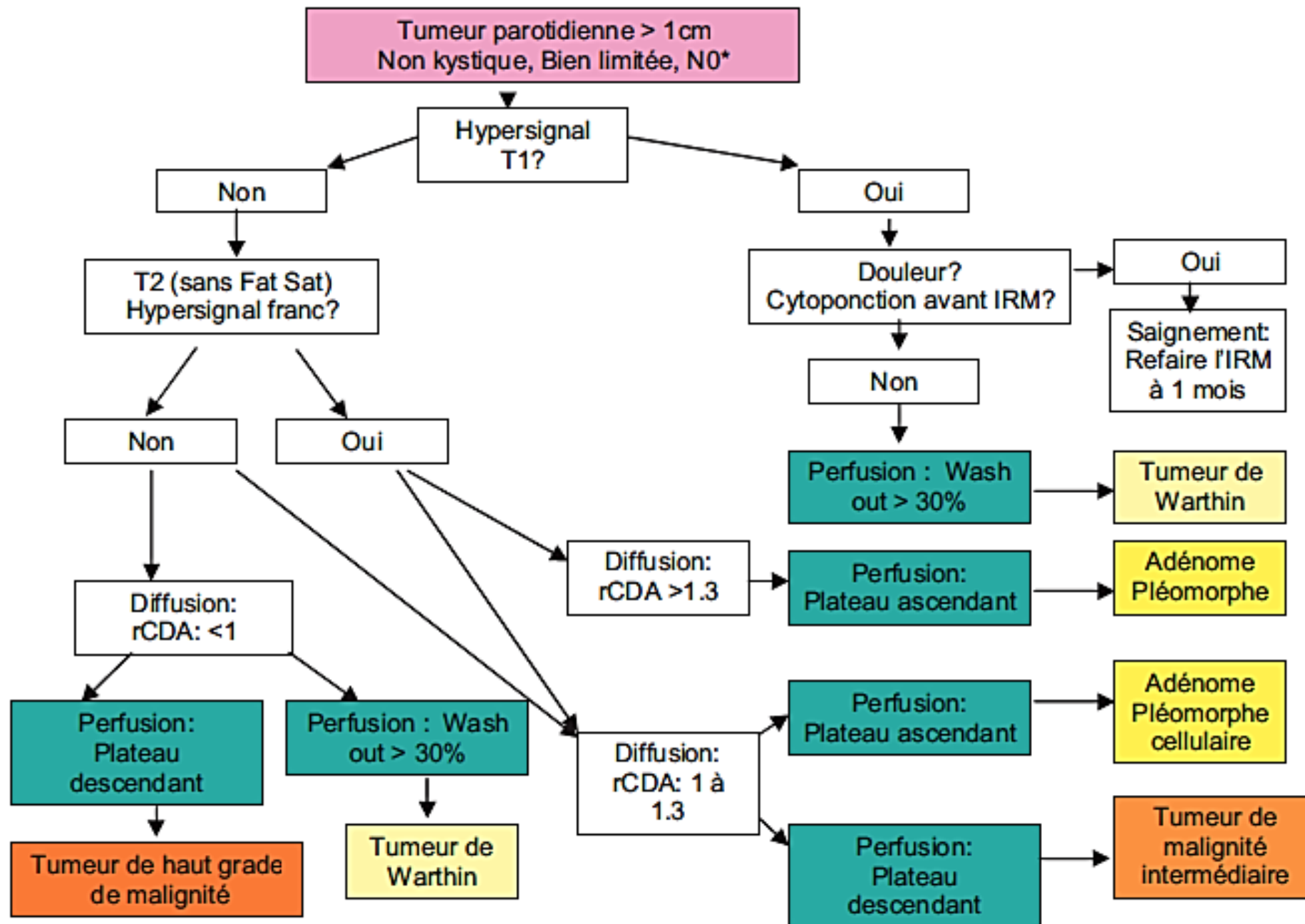
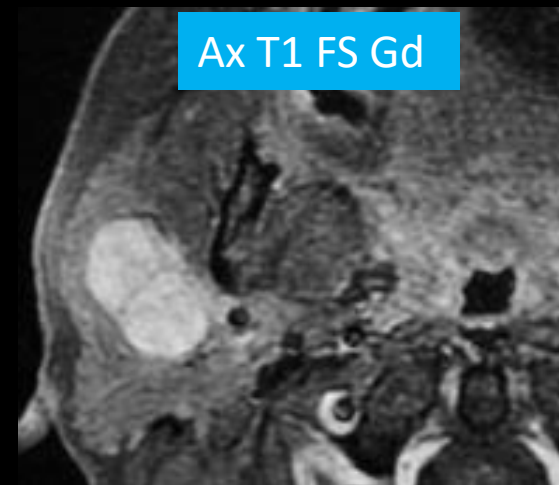
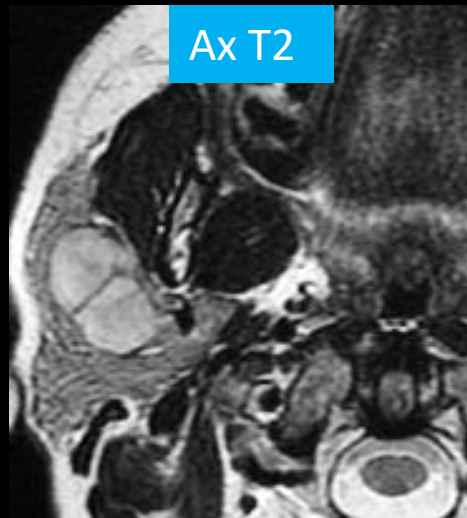
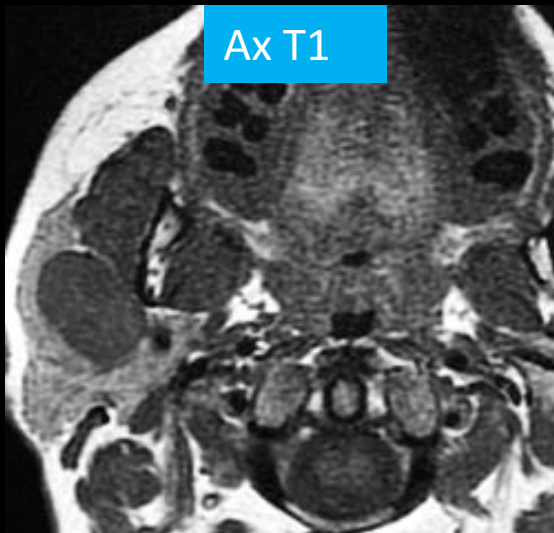


Figure 8. Les trois courbes de perfusion possibles : a : plateau ascendant : courbe évoquant une tumeur bénigne de type adénome pléomorphe ; b : pic avec wash-out supérieur à 30% typique de tumeur de Warthin ; c : plateau descendant avec wash-out inférieur à 30% : courbe évoquant une tumeur maligne.



Diagnostic différentiel

- **Adénome pléomorphe** (autrefois tumeur mixte)
 - Femme
 - Masse tissulaire hypoéchogène lobulée calcifiée
 - Hypo T1 hyper T2 franc, **rehaussement intense**
 - ADC élevé



Traitement

- Attitude attentiste possible du fait de la faible proportion de transformation maligne.
- Indication en fonction du problème esthétique et fonctionnel.
- Chirurgie : parotidectomie avec conservation du nerf facial.



Take home messages

- Tumeur bénigne
- Tuméfaction parotidienne indolore
- Pole postéro inférieur
- IRM ++ hyper T1 hypo T2 rehaussement périphérique
- Courbe de type B, ADC = 1

Références

- Teresi LM, Lufkin RB, Wartham DG, Abemayor, E, Hanafee WN. Parotid masses: MR imaging. *Radiology* 1987; 163:405-409.
- Joe VQ, Westesson PL. Tumors of the parotid gland: MR imaging characteristics of various histologic types. *AJR Am JRoentgenol* 1994; 163:433-438.
- Minami M, Tanioka H, Oyama K, et al. Warthin tumor of the parotid gland: MR-pathologic correlation. *AJNR Am J Neuroradiol* 1993; 14:209-214.
- Paris J, facon F., Chrestian MA., giovanni, A. Zanaret. M Approche diagnostique des tumeurs de Warthin : clinique, cytoloponction et iRM. *Rev LaryngolOtolRhinol (Bord)*. 2004;125:65-9.
- Teymoortash A.,Krasnewicz Y.,Werner. JA Clinical features of cystadenolymphoma (Warthin's tumor) of the parotid gland: A retrospective comparative study of 96 cases. *Oral Oncol*.2006;42:569-73.