

LIPOME GEANT INFILTRANT A PROPOS DE DEUX CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

GIANTINFILTRATINGLIPOMA : TWO CASES REPORT

SarrL, DembéléB, DafféM, GueyeAB, DioufAB, DiaoS, CoulibalyNF, DiéméCB

Service Orthopédie-Traumatologie ;Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar-Sénégal

Auteur correspondant : Dr Lamine Sarr

Adresse postale : 3001 Avenue Pasteur Dakar Sénégal

Tel : 00 221 77 652 88 23

drlaminesarr@yahoo.fr

RESUME

Les lipomes sont des tumeurs adipeuses bénignes. Ils sont en général sous cutanés et asymptomatiques. Nous rapportons deux localisations de lipome intramusculaire. Les patients ont consulté après 10 ans d'évolution de la symptomatologie. L'IRM ou le scanner ont permis d'affirmer la nature bénigne de la tumeur, confirmé par l'examen anatomo-pathologique. La chirurgie est simple. Le suivi doit être régulier du fait de la possibilité de récurrence.

Mots clés : lipome infiltrant, lipome intramusculaire, chirurgie

SUMMARY

Lipomas are benign adipose tumors. They are generally subcutaneous and asymptomatic. We report two intramuscular lipoma localizations. Patients consulted after 10 years of symptomatology. MRI or CT scans have confirmed the benign nature of the tumor, confirmed by anatomopathological examination. Surgery is simple. Follow-up should be regular because of the possibility of recidivism.

Keywords: infiltrating lipoma, intramuscular lipoma, surgery

INTRODUCTION

Le lipome est la tumeur mésoenchymateuse bénigne la plus fréquente [1]. Il est, en général, sous cutané et asymptomatique. Lorsqu'il est sous aponévrotique, il se développe à bas bruit, pouvant atteindre des proportions très importantes et être compressif [2]. Il peut, de ce fait, faire penser à des tumeurs malignes tel que le liposarcome et nécessiter des moyens diagnostiques plus poussés.

Nous rapportons deux observations de lipomes géants à travers lesquels nous insisterons sur la clinique, les moyens d'exploration paraclinique et le traitement de ses tumeurs, parfois monstrueuses.

Cas 1

Il s'agissait de D N, 24 ans, reçu en consultation pour une tuméfaction de la cuisse droite, évoluant depuis 10 ans. Il s'agissait d'une tuméfaction des deux tiers antéro-supérieurs de la cuisse, indolore, de consistance molle, mobile par rapport à la peau mais adhérent aux muscles en profondeur. Il n'y avait pas de circulation veineuse collatérale ni d'adénopathie inguinale (figure 1).

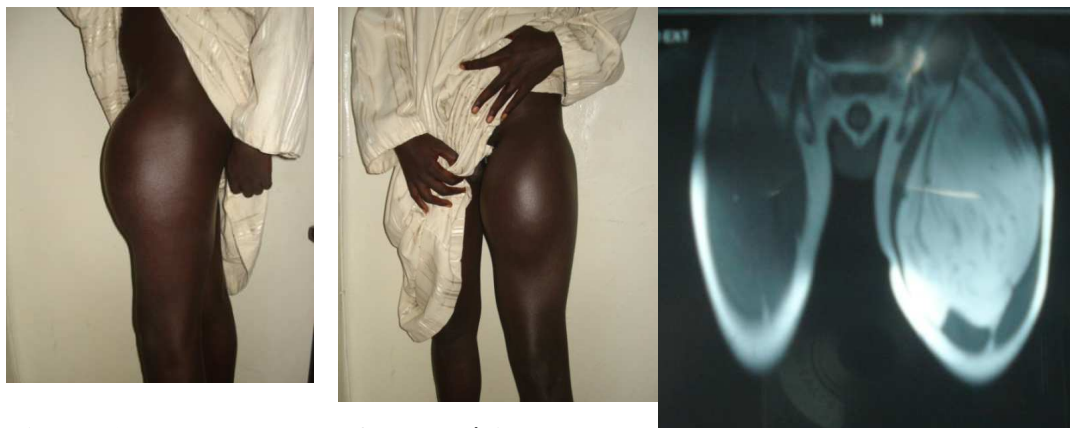


Figure 1 : Tumeur de la face antérieure de la cuisse avec une peau tendue, luisante sans circulation veineuse collatérale

La radiographie de la cuisse avait montré un épaissement des parties molles sans atteinte osseuse. L'IRM était en faveur d'une masse encapsulée de nature grasseuse sans foyer de rehaussement après injection de gadolinium évoquant un lipome. Ses dimensions étaient de 25x8x13cm (figure 2).

Figure 2 : Aspect grasseux de la masse à l'IRM

Une exérèse chirurgicale a été réalisée avec dissection facile. La masse siégeait entre les muscles sartorius et droit fémoral en avant et le muscle vaste intermédiaire en arrière. Elle pesait 2,3kg. L'aspect macroscopique de la tumeur était en faveur d'un lipome (figure 3).

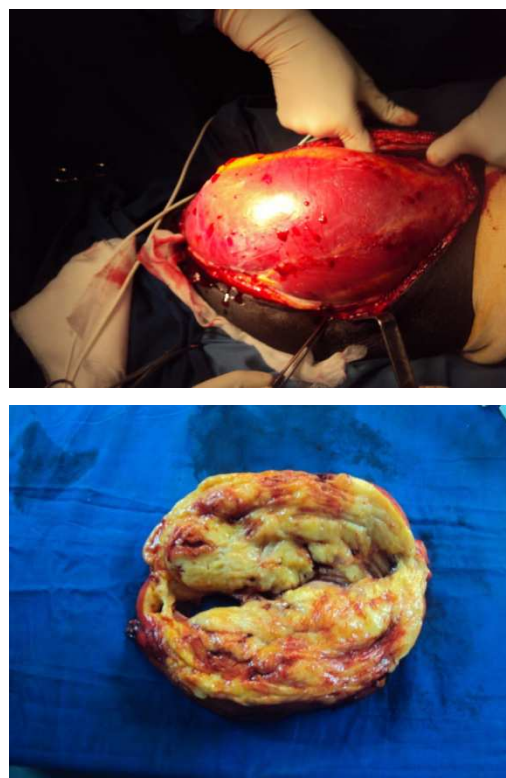
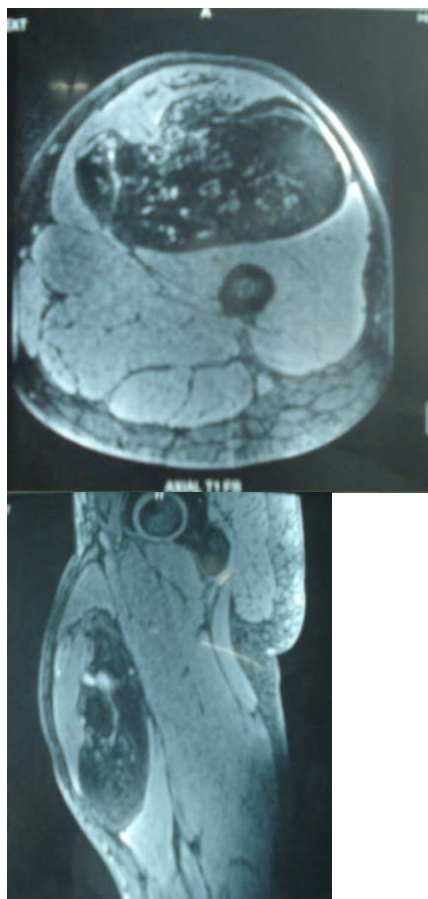


Figure 3 :La masse grasseuse à la chirurgie et à la coupe macroscopique

Un examen anatomopathologique réalisé, avait confirmé l'aspect grasseux et bénin

de la masse. Les suites opératoires étaient simples. Avec un recul de 72 mois, il n'y avait pas de récurrence.

CAS 2

Il s'agissait de A. D. 50 ans, reçue en consultation pour une tumeur de la fesse gauche évoluant depuis 10 ans. Il n'y avait pas de notion de traumatisme initial, ni de prise en charge antérieure. La patiente a consulté du fait de l'aspect gênant de la masse.

A l'examen, elle présentait une grosse tumeur postéro-latérale de la fesse d'environ 20 cm de diamètre, molle, indolore, adhérent en profondeur (figure 4).



Figure 4 :Masse postéro latérale de la fesse

Il n'y avait pas de circulation veineuse collatérale, ni d'adénopathie inguinale satellite.

Elle présentait, à la radiographie, un épaissement des parties molles sans lésion osseuse. Au scanner, nous avons une masse arrondie bien circonscrite au niveau du muscle grand fessier. Elle était de densité graisseuse et mesurait 15,5x15 cm (figure 5).



Figure 5 : Aspect TDM de la masse entouré d'une fine couche musculaire au dépend du grand fessier

Une exérèse en bloc a été réalisée avec dissection facile (figure 6).



Figure 6 : Enucléation de la masse et aspect macroscopique

L'examen anatomopathologique avait conclu à une tumeur graisseuse bénigne. Au recul de 67 mois, il n'y a pas eu de récurrence.

DISCUSSION

Le lipome représente la tumeur la plus fréquente de l'ensemble des tumeurs bénignes des parties molles (16 à 50 % selon les études) [3, 4]. Il est dit géant si sa taille dépasse 10 cm ou son poids 1000 g [5, 6, 7, 8]. La plupart des lipomes géants de la littérature sont des cas isolés. Les plus volumineux lipomes retrouvés dans la littérature sont ceux de Silstreli et al. mesurant 35 x 25 cm avec un poids de 12,35 kg et de Akinkumni et al mesurant 58 x 37 x 24,5 cm pour 17,5kg [6, 9]. Selon la localisation, trois types de lipomes peuvent être distingués : le lipome typique ou superficiel qui est sous cutané, le lipome profond qui est viscéral et le lipome infiltrant qui est musculaire. Le terme « lipome infiltrant » a été introduit dans la littérature par Regan et al en 1946 [10]. Mais la première description de lipome musculaire remonte à Paget en 1853 [11]. Marcioni distingua les lipomes infiltrants en intermusculaire et intramusculaire. Ils surviennent vers l'âge de 50 ans sans prédominance de sexe [12]. Une consultation tardive est souvent notée dans la littérature 3 ans pour Hunt, 04 ans pour Akinkumni, 06 ans pour Dionne [6, 12, 13] et 10 ans pour nos deux patients. Ceci est surtout dû au caractère indolore de ces lipomes et peu gênante les premières années. Il s'y ajoute la séquestration abusive de ces patients chez les tradipraticiens. C'est devant le caractère monstrueux de la masse et la gêne sociale que ces patients consultent en secteur médical spécialisé après des années d'évolution. Certains signes tel que les compressions vasculaires et nerveuses peuvent amener les patients à consulter [2, 13, 14]. Les lipomes infiltrants se localisent le plus souvent au niveau des zones de forte musculature telle que la cuisse au niveau de la hanche, au niveau du mollet ou au niveau du tronc [2, 3, 13, 15]. L'imagerie la plus utilisée pour l'exploration de ces tumeurs est le scanner et l'IRM [13]. Ces examens permettent de situer la tumeur et de préciser les rapports

avec les structures de voisinage. Elle permet également de préciser l'homogénéité orientant vers son caractère bénin. L'intérêt de l'échographie dans le diagnostic des lipomes musculaires et profonds a été rapporté par Bhawan ; mais elle nécessite un radiologue expérimenté [7].

Le traitement des tumeurs nécessite une biopsie initiale permettant de confirmer l'aspect bénin de la tumeur avant une exérèse définitive [13, 15]. La plupart des chirurgiens devant le faisceau d'arguments cliniques et radiologique réalise une biopsie exérèse en un temps [15, 16]. Il en a été de même pour nos deux patients. Le geste chirurgical comprend une exérèse locale de la tumeur ou une résection large emportant du tissu musculaire environnant. Le taux de récurrence pour l'exérèse locale est aux environs de 50% pour Dionne et Bjerregaard[12, 15] alors que Austin ne note pas de récurrence pour 6 patients [11]. Kindblom n'a pas de récurrence sur 33 patients traités par résection avec myomectomie [17]. L'agressivité locale de ses tumeurs fait qu'elles sont parfois confondues avec des liposarcomes [12]. Dionne et semeyers [12] distinguent les lipomes infiltrants en deux types indissociables cliniquement. Cependant, ils ont fait une claire distinction histologique : Alors qu'un lipome est composé de cellules adipeuses matures, les vaisseaux sanguins discrets et délicats brins du tissu conjonctif, une angioliipome a une prédominance frappante des vaisseaux sanguins et une plus grande quantité de tissu conjonctif.

CONCLUSION

Les lipomes intramusculaires sont des tumeurs bénignes à l'instar des lipomes superficiels. Le caractère indolore associé à l'homogénéité de la masse à l'imagerie (scanner ou IRM) permet de d'affirmer le caractère bénin de la masse. L'anatomopathologie permet de poser le diagnostic de certitude. Le geste chirurgical est simple malgré le caractère souvent monstrueux de la masse.

REFERENCES

1. **Fimmano A, Coppola Bottazzi E, Cirillo C, Tamaro P, Cassaza D.** Giant atypical muscle-involving lipoma of the right thigh: a case report and review of the literature. *ChirItal*, 2005; 57(6): 773-777.
2. **Garrido-Gómez J., Vizoso-Pérez M. L., Linares-Palomino J. P., Arrabal-Polo M. A., Cárdenas E.** -Grande Intermittent claudication caused by a giant atypical lipoma of the thigh. *J Vasc Surg*, 2012; 56(3) :808-811
3. **Fuchs A., Henrot P., Walter F., Iochum S., Vignaud J. M., Stines J., Blum A.,** tumeurs graisseuses des parties molles et des ceintures de l'adulte. *J Radiol*, 2002 ; 83(9) :1035-1057
4. **Myhre Jensen O.,** A consecutive 7-year series of 1331 benign soft-tissue tumors, clinicopathologic data, comparison with sarcomas. *Acta Orthop Scand*, 1981; 52(3):287-293
5. **Mazzocchi M., Onesti M., G., Pasquini P., La Porta R., Innocenzi D., Scuderi N.,** Giant fibrolipoma in the leg--a case report. *Anticancer Research*, 2006; 26(5B):3649-3654
6. **Akinkunmi M., Balogun B., Awosanya G., Fadeyibi I., Benebo A.S., Soyemi S., Obafunwa J.** giant fibrolipoma of the thigh in a Nigerian woman: a case report. *Int Journ Radiology*, 2010; 12(2):1-8
7. **Bhawan K. P., Griffith J. F., Rasalkar D. D., Chow L. T. C., Kumta S. M., Ahuja A.** Ultrasound features of deep-seated lipomas. *Insights Imaging*, 2010; 1:149-153
8. **S. Dabloun*, M. Khechimi, A. Jenzeri, R. Maalla** lipome géant du dos a propos d'un cas. *Ann Derm Vénér*, 2015; 142 (6): 353
9. **Silistrelis O. K., Durmus E. U., Ulusal B. G., Oztan Y., Gorgu M.** What should be the treatment modality in giant cutaneous lipomas? Review of the literature and report of 4 cases. *Br J Plast Surg*; 2005; 58(3): 394-398.
10. **Regan J. M., Bickel W. H., Broders A. C.** Infiltrating Benign lipomas of the extremities *Proc Staff Meet Mayo Clin*. 1946 ; 17(21):175.
11. **Austin R. M., Mack G. R., Townsend C. M., Lack E. E.** Infiltrating (Intramuscular) Lipomas and Angiolipomas A Clinicopathologic Study of Six. *Cases Arch Surg*, 1980; 115(3):281-284,
12. **Dionne G. P., Seemayer T. A.** Infiltrating lipomas and angiolipomas revisited. *Cancer* 1974; 33: 732-8.
13. **Hunt J. A., Thompson J. F.** Giant infiltrating lipoma of the thigh causing sciatica. *Aust. N.Z. J. Surg.*, 1997 ;67: 225-226
14. **A. Chagou, A. Benbouha** Lipome géant de la cuisse avec signes de souffrance nerveuse - à propos d'un cas *Pan Afr Med J*. 2014; 18: 296.
15. **Bjerregaard P., Hagen K., Daugaard S., Kofoed H.** intramuscular lipoma of the lower limb: long-term follow-up after local resection. *J Bone Joint Surg (Br)*, 1989; 71-B: 812-5
16. **Rabemazava A. Z. L. A., Razafimahandry H. J. C., Samison L. H., Randrianjafisamindrakotroka N. S., Josoa Rafaramino F., Rakotozafy G.** Deux cas de lipome géant au niveau de la cuisse. *Rev Trop Chir*, 2007 ;1 : 39-41
17. **Kindblom L. G., angervall L., Stener B.** intermuscular and intramuscular lipomas and hibernomas: a clinical, roentgenologic histologic and prognostic of 46 cases. *Cancer* 1974, 33 :754-762