

LIPOME GÉANT DORSAL

V. VERDIN (1), L. PREUD'HOMME (2), V. LEMAIRE (3), D. JACQUEMIN (4)

RÉSUMÉ : Le lipome solitaire est la tumeur des tissus mous la plus fréquente, apparaissant souvent entre 40 et 60 ans. Il est qualifié de «géant» au-delà de 1kg et de 10 cm de grand axe. Son gros volume est source de nombreuses difficultés dans la vie sociale (camouflage, habillage difficile) et cause de multiples problèmes de santé tels que douleurs, difficultés de sommeil, compressions de nerfs ou de structures vitales, infections. Son diagnostic est essentiellement clinique. Cependant, il convient d'exclure systématiquement un processus malin. La biopsie chirurgicale est recommandée si le diagnostic ne peut être affirmé par la clinique ou l'imagerie. L'attitude thérapeutique est l'abstention thérapeutique en cas de petit volume sans gêne fonctionnelle. Dans le cas contraire, l'exérèse chirurgicale totale est indiquée avec analyse anatomopathologique. Nous décrivons ici l'histoire clinique d'une patiente souffrant d'un lipome géant dorsal.

MOTS-CLÉS : *Lipome géant - Lipome - Tumeur des tissus mous*

CAS CLINIQUE

Nous rapportons le cas d'une patiente de 40 ans présentant une masse dorsale haute apparue 15 ans auparavant, de taille et de volume croissants (Fig. 1, 2).

Elle ne rapporte aucune douleur, ni perte de poids, ni altération de l'état général. L'appétit est conservé. Elle constate uniquement l'apparition d'une gêne fonctionnelle croissante liée au poids et à la localisation de la masse (difficultés ménagères, etc). De plus, elle décrit une gêne sociale de plus en plus invalidante qui est responsable d'un isolement aussi bien social que professionnel. Ses antécédents sont sans particularités, notamment d'un point de vue néoplasique.

A l'examen clinique, on observe une masse de la région scapulaire mesurant une vingtaine de centimètres de grand axe. La lésion est mobile et légèrement dépressible à la palpation. Elle est d'apparence superficielle et les téguments sus-jacents sont normo-colorés, sans tégangiectasies. Aucune autre masse n'est décelée ailleurs et les aires ganglionnaires sont libres.

La biologie retrouve une légère anémie microcytaire (Hb 10,2g/dl) traitée par Ferro-Grad® et acide folique. Le CT-scanner démontre une

GIANT LIPOMA

SUMMARY : Solitary lipoma is the most frequent soft tissue tumor, often appearing between 40 and 60 years of age. It is described as «giant» beyond 1kg of weight and 10 cm of diameter. Its volume is the source of a good many social life problems (camouflage, difficulties to dress) and causes multiple health problems such as pain, difficulties to sleep, compressions of nerves or vital structures, infections, etc. The diagnosis is primarily clinical. However, it is necessary to systematically exclude a malignant process. Surgical biopsy is recommended if the diagnosis cannot be asserted by the clinic or an imaging. The therapeutic attitude is abstention in case of small volume without functional impairment. Otherwise, total surgical excision is indicated with pathological analysis. We describe the clinical history of a patient suffering from a giant dorsal lipoma.

KEYWORDS : *Giant lipoma - Lipoma - Soft tissue tumor*

volumineuse formation de densité grasseuse, sous-cutanée, de 25 cm x 20 cm x 10 cm, encapsulée, sans signe d'envahissement (Fig. 3, 4).

Une exérèse chirurgicale est effectuée sous anesthésie générale (Fig. 5). La plaie est refermée *per primam*, la tumeur ayant réalisé localement une expansion cutanée (Fig. 6). Une compression post-opératoire et un drainage aspiratif sont nécessaires pour éviter toute collection secondaire. Aussi bien la période per-opératoire que post-opératoire se déroulent sans particularité.

Les résultats anatomopathologiques révéleront une masse grasseuse multilobée de 2,7 kg mesurant 28 cm x 21 cm x 9 cm, étiquetée lipome atypique.

DISCUSSION

Le lipome solitaire (superficiel ou profond) est la tumeur des tissus mous la plus fréquente; son incidence est estimée à 10% (1). Il s'agit d'une prolifération d'adipocytes matures, souvent encapsulés et à croissance lente (2), de siège ubiquitaire (sous-cutané, sous-facial, viscéral, intramusculaire) (1). L'étiologie est incertaine : théorie sporadique, génétique ou pathologie dysmétabolique héréditaire. L'âge de survenue se situe entre 40 et 60 ans (3), sans prédilection de race, ni de sexe. La récurrence est rare (2-5%). Il existe différentes sortes de tumeurs lipomateuses bénignes ou malignes, notamment reprises dans la classification histogénétique d'Enzinger (4) (Tableau I).

Un lipome est dit «géant» au-delà de 10 cm de grand axe ou d'un kg (1); on observe parfois

(1) Etudiante 4^{ème} doctorat Université de Liège.
(2) Chirurgien plasticien, Hôpital St-Joseph, Liège.
(3) Chirurgien plasticien, (4) Chef de Service Associé, Service de Chirurgie Plastique, CHU de Liège.

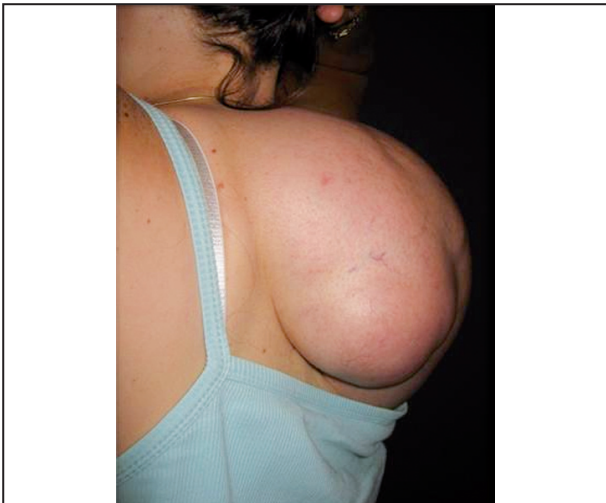


Figure 1. Lipome géant dorsal haut vue sagittale.



Figure 2. Lipome géant dorsal haut vue frontale.



Figure 3. Coupe axiale.

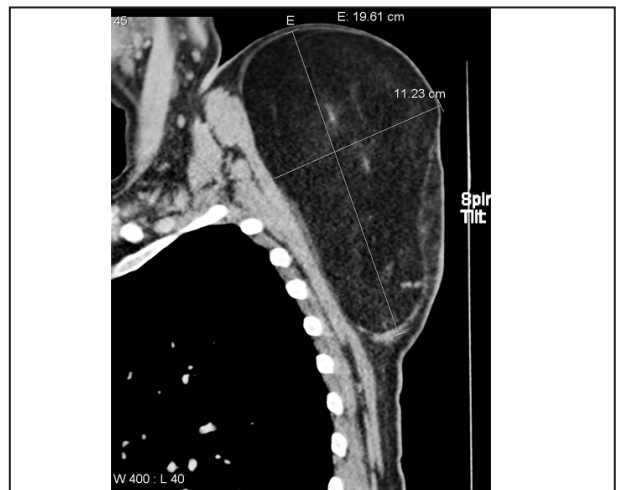


Figure 4. Coupe sagittale.

Cliché scanographique montrant une formation de 23,40 cm x 19,61 cm x 11,23 cm, localisée dans la région dorsale haute, latéralisée à droite, de tonalité graisseuse, sous-cutanée et encapsulée.

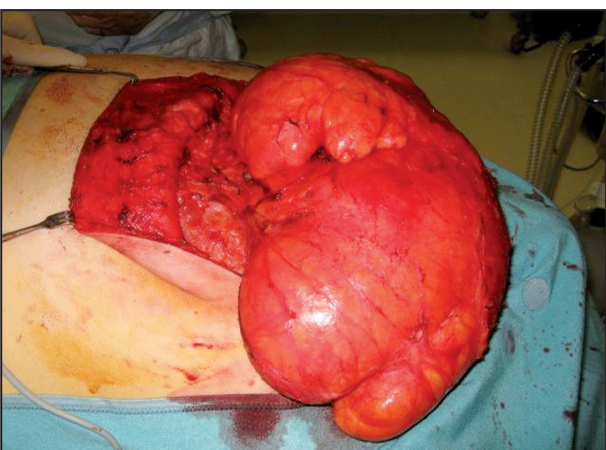


Figure 5. Vue peropératoire de la masse tumorale dorsale, mesurant 28 cm de grand axe, pesant 2,7 kg et compatible avec un lipome géant.



Figure 6. Vue post-opératoire immédiate avec plaie refermée *per primam*.

TABLEAU I. CLASSIFICATION HISTOGÉNÉTIQUE DES TUMEURS DES TISSUS MOUS (ENZINGER ET WEISS)

- Tumeurs du tissu fibreux
- Tumeurs fibrohistiocytaires
- Tumeurs adipeuses
- Tumeurs musculaires lisses
- Tumeurs stromales extradiigestives
- Tumeurs musculaires striées
- Tumeurs endothéliales des vaisseaux sanguins et lymphatiques
- Tumeurs périvasculaires
- Tumeurs synoviales
- Tumeurs mésothéliales
- Tumeurs du système nerveux périphérique
- Tumeurs paraganglionnaires
- Tumeurs cartilagineuses et osseuses
- Tumeurs diverses
- Tumeurs inclassées

la survenue de télangiectasies ou d'ulcérations superficielles de la peau sus-jacente. Son important volume le rend inesthétique et difficilement gérable au quotidien (impossibilité de le camoufler, difficultés de s'habiller). Il n'existe aucune corrélation entre la taille et le poids de la lésion, le poids dépendant du contenu fibreux de la masse (5). L'explication de la croissance incontrôlée de ce type de lipome reste inconnue. Généralement, la durée d'évolution jusqu'au stade volumineux est très variable d'un cas à l'autre, allant de 2 mois à 40 ans. En fonction de la localisation et de la proximité de structures vitales, un lipome géant peut entraîner des compressions multiples responsables d'une limitation de ces fonctions vitales (respiratoire, urinaire, etc), de lymphoedème, de douleur, de syndromes de compression nerveuse et/ou vasculaire variables (1). L'évolution peut également aboutir à la rupture ou à l'infection de la tumeur (6). Par contre, la transformation en sarcome malin est extrêmement rare, mais possible notamment au niveau de la localisation intramusculaire qui est un facteur de risque de malignité (5-7). C'est la raison pour laquelle certains préconisent la biopsie préopératoire.

Le diagnostic est à suspecter en cas de masse sous-cutanée, mobile, lentement évolutive, non douloureuse. Cette indolence et l'augmentation progressive de volume du lipome retardent la consultation chirurgicale et donc, le diagnostic. Néanmoins, une notion douloureuse est rapportée dans 25% des cas suite à une compression nerveuse ou une localisation intramusculaire (3). Le diagnostic est donc essentiellement clinique. Toutefois, il convient d'exclure, de façon systématique, un processus malin, mais la distinction entre «lipome» et «liposarcome bien différencié» reste un dilemme. En outre, les diagnostics différentiels sont très variables en fonction de la localisation (2). Il faut être très attentif à la présence

TABLEAU II. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS D'UNE MASSE DES TISSUS MOUS

- Kystes épidermoïdes
- Tumeurs sous-cutanées
- Fasciite nodulaire
- Liposarcome
- Schwannome
- Métastase
- Erythème noueux
- Panniculite de Weber-Christian
- Hémangiome
- Nodule rhumatoïde
- Sarcoïdose
- Infection
- Hématome

de toute masse (petite ou volumineuse) indolore au niveau des tissus mous, car différentes étiologies (Tableau II) sont possibles (8). Cela peut atteindre le tissu adipeux, musculaire, vasculaire ou le système nerveux périphérique. L'OMS a regroupé ces tumeurs bénignes et malignes en 15 groupes (Tableau I) (9).

Le diagnostic de lipome peut être suggéré par l'échographie (hyperéchogénicité de la graisse), le CT-scanner (densité entre -60 et -120 UH), ou mieux encore par la RMN (masse hyperintense en pT1 et hypointense en pT2) (10) qui est l'examen le plus spécifique et le plus sensible en ce qui concerne les tissus mous. La malignité est à suspecter en cas de taille supérieure à 5 cm, d'une localisation profonde, d'un caractère hétérogène, de la présence de septa fibreux linéaires épais ou nodulaires de bas signal, de refoulement des structures adjacentes (3-11) et de croissance rapide (1). Le diagnostic de certitude se fait sur l'analyse histologique de la biopsie chirurgicale ou de la pièce d'exérèse. La biopsie chirurgicale est largement recommandée lorsque les examens effectués ne peuvent affirmer le diagnostic. Cependant, cette dernière peut se révéler négative; parfois, elle peut aggraver le pronostic en cas de lésion néoplasique (dissémination sur le trajet de la biopsie) (9). Une tumeur bien limitée, organisée en lobules d'adipocytes matures, sans atypie cellulaire avec de fins septa conjonctivo-vasculaires, plaide pour un lipome (3).

Le traitement consiste en l'abstention thérapeutique en cas de certitude de bénignité sans gêne fonctionnelle, ni esthétique. Dans le cas contraire, l'exérèse chirurgicale est requise. L'alternative est la lipoaspiration employée pour réduire le lipome, mais rarement le faire disparaître (8). Notamment en cas de masse «encapsulée», la récurrence est certaine. Parfois, cette procédure est nécessaire au préalable de l'exérèse de la masse. Elle permet d'obtenir une supériorité esthétique ainsi qu'une diminution de

la morbidité. Après l'excision, il est nécessaire de drainer et de comprimer la zone car un haut risque d'hématome ou de sérome existe (1).

Donc, toute masse, même d'apparence anodine, doit (sans attendre) faire l'objet d'une exploration minutieuse afin d'empêcher l'évolution irréversible de tout processus éventuellement néoplasique. L'exérèse chirurgicale totale est toujours la meilleure méthode de traitement évitant ainsi, dans bien des cas, toute récurrence. Une surveillance post-opératoire du médecin traitant au long cours sera utile pour exclure une récurrence locale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Terzioglu A, Tuncali D, Yuksel A, et al.— Giant lipomas : a series of 12 consecutive cases and a giant liposarcoma of the thigh. *Dermatol Surg*, 2004, **30**, 436-437.
2. Heid E, Chartier C.— Lipomes cutanés, lipomatoses, lipodystrophies. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 2002, **98**, 615-A-10.
3. Fuchs A, Henrot Ph, Walter F, et al.— Tumeurs graisseuses des parties molles des membres et des ceintures de l'adulte. *J Radiol*, 2002, **83**, 1035-1057.
4. Enzinger Fm, Weiss SW.— Benign lipomatous tumor. *Soft tissue tumors*. Mosby, St Louis, 1992, 381-430.
5. Sanchez MR, Golomb FM, Moy JA, et al.— Giant lipoma : case report and review of the litterature. *J Am Acad Dermatol*, 1993, **28**, 266-268.
6. Rabemazava A, Razafimahandry H, Samison L, et al.— Deux cas de lipome géant au niveau de la cuisse. *Revue Tropicale de chirurgie*, 2007, **1**, 3941..
7. Ozlem Silistreli, Ebru D, Betul U, et al.— What should be the treatment modality in giant cutaneous lipomas? Review of the literature and report of 4 cases. *BJPS*, 2005, **58**, 394-398.
8. Salam GA.— Lipoma excision. *Am Fam Physician*, 2002, **65**, 901-904.
9. Kurth W, Gillet Ph.— «Boules et autres masses» Prises en charge rationnelle des tumeurs des tissus mous. *Rev Med Liege*, 2006, **61**,763-770.
10. Kransdorf MJ, Bancroft LW, Peterson JJ, et al.— Imaging of fatty tumors : distinction of lipoma and well-differentiated liposarcoma. *Radiology*, 2002, **224**, 99-104.
11. Lebon C, Malghem J, Lecouvet F, et al.— Pseudotumeurs des parties molles. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 2003, **31**, 752-A-10.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr. D. Jacquemin, Service de Chirurgie Plastique, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique.