

# L'IMAGE DU MOIS

## LE LIPOLEIOMYOME : UNE TUMEUR RARE DE L'UTÉRUS

JAMOULLE JF (1), BRISBOIS D (2)

**RÉSUMÉ :** Le lipoléiomyome utérin est une pathologie rare et bénigne dont l'étiopathogénie est encore mal connue. Le tératome kystique bénin de l'ovaire constitue son diagnostic différentiel principal et primordial au vu des prises en charge différentes. L'IRM pelvienne est la technique d'imagerie de choix pour en confirmer le diagnostic.

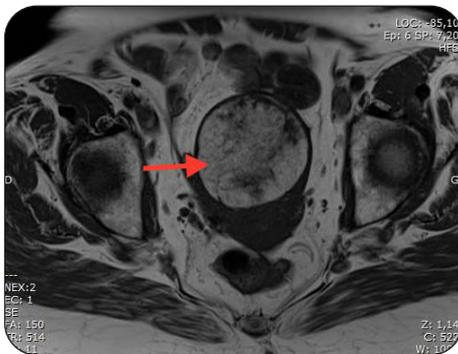
**MOTS-CLÉS :** *Lipoléiomyome - Masse pelvienne - Tératome kystique de l'ovaire*

### LIPOLEIOMYOMA : RARE TUMOR OF THE UTERUS

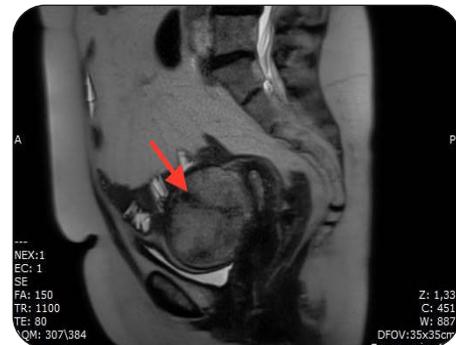
**SUMMARY :** Uterine lipoleiomyoma is a rare and benign pathology whose etiopathogenesis is still poorly understood. Benign cystic teratoma of the ovary constitutes its main and primordial differential diagnosis because of the different treatments. Pelvic MRI is the best imaging technique to confirm the diagnosis.

**KEYWORDS :** *Lipoleiomyoma - Pelvic mass - Benign cystic teratoma of ovary*

**Figure 1.** IRM pelvienne, coupe axiale en pondération T1 montrant une lésion bien limitée hyperintense en avant du corps de l'utérus avec une bande amorphe hypointense.



**Figure 2.** IRM pelvienne, coupe sagittale pondérée en T2 objectivant la lésion en hypersignal au niveau de l'utérus.



### OBSERVATION CLINIQUE

Nous présentons le cas d'une patiente de 73 ans chez qui un scanner abdomino-pelvien injecté est réalisé dans le cadre de douleurs abdominales localisées au niveau de l'hypochondre droit, survenant six mois après une cholécystectomie. Ce scanner permet la découverte fortuite d'une masse pelvienne à composante grasseuse, décrite au départ comme un volumineux tératome annexiel droit de 68 mm de grand axe. Une IRM pelvienne complémentaire est réalisée. Elle met en évidence une masse apparaissant en hypersignal dans les séquences T1 (Figure 1) et T2 (Figure 2), localisée en avant du corps utérin avec des raccords à angles aigus à ce niveau et présentant un large contingent grasseux mis en évidence par la perte de l'hypersignal dans les séquences FAT-SAT (Figure 3). Après injection intravei-

**Figure 3.** IRM pelvienne, coupe axiale en pondération T1 avec annulation du signal de la graisse montrant la suppression du signal de la région hyperintense en T1.



neuse de gadolinium, un faible rehaussement interne de cette masse est noté. On constate une faible vascularisation et l'absence de phénomène nécrotique et d'image péjorative en diffusion. Les ovaires sont difficiles à individualiser. Cependant, ils apparaissent indépendants de la masse qui est vraiment médiane. Par ailleurs, la lumière endométriale est cryptique, sans épaissement significatif, le col est d'aspect normal.

(1) Faculté de Médecine, ULiège, Belgique.  
(2) Service d'Imagerie médicale, CHC Saint-Joseph, Liège, Belgique.

La masse provoque une empreinte sur le versant supérieur de la vessie. A l'issue de l'IRM, l'image obtenue est très évocatrice d'un lipoléiomyome utérin de 70 mm de grand diamètre.

## DISCUSSION

Les lipoléiomyomes sont des tumeurs bénignes rares de l'utérus. Ils font partie des tumeurs lipomateuses utérines dont l'incidence est de 0,03 % à 0,2 % sur pièce d'hystérectomie (1, 2). Elles ont été classées en trois groupes. Le premier est constitué des lipomes purs, lésions purement graisseuses et encapsulées, très rares. Le deuxième est constitué des lipomes mixtes comprenant les lipoléiomyomes, les fibromyolipomes et les angioliomyomes, composés de tissus adipeux matures, de cellules musculaires lisses et de tissus conjonctifs fibreux de soutien, en quantités variables. Le troisième groupe est formé par les liposarcomes, exceptionnels. Les lipoléiomyomes forment l'entité la plus fréquente (3).

L'étiopathogénie est encore mal connue. Il existe deux grandes théories à ce sujet. La première, la plus répandue, est la métaplasie graisseuse des cellules musculaires lisses de fibromes utérins (3-5) et la seconde consiste en une anomalie de migration de cellules embryonnaires graisseuses durant l'embryogenèse (3, 4).

Les lipoléiomyomes utérins surviennent essentiellement chez des patientes en période péri- ou post-ménopausique. On les retrouve généralement au niveau du corps de l'utérus et ils sont le plus souvent intramuraux. Ces lésions sont fréquemment associées à des léiomyomes utérins (2, 3, 5). Leur présentation clinique et leur évolution sont d'ailleurs similaires. Les lipoléiomyomes sont, le plus souvent, asymptomatiques. Il arrive cependant qu'ils se présentent sous la forme d'une pesanteur pelvienne, d'une masse pelvienne palpée, de ménométrorragies ou d'une pollakiurie (3, 5).

Des rapports suggèrent une association entre les tumeurs utérines lipomateuses et l'adénocarcinome de l'endomètre (6). Cependant, il est généralement admis que les lipoléiomyomes sont des tumeurs utérines bénignes n'affectant pas la mortalité (7).

Le diagnostic différentiel des tumeurs lipomateuses pelviennes chez la femme inclut le léiomyome utérin, le tératome kystique bénin de l'ovaire, la dégénérescence maligne du tératome kystique de l'ovaire, la tumeur ovarienne

lipomateuse non tératomateuse, le lipome pelvien bénin et le liposarcome pelvien (2, 8).

Il est donc essentiel que le radiologue garde à l'esprit l'existence du lipoléiomyome qui, s'il est de grande taille, peut facilement être confondu avec une masse pelvienne plus commune comme le tératome kystique bénin de l'ovaire (2, 5) qui constitue le diagnostic différentiel principal (5).

L'imagerie joue un rôle essentiel dans le diagnostic des tumeurs pelviennes chez la femme (5). L'IRM reste la technique de choix pour la différenciation de ces masses car elle a une excellente valeur pour préciser la topographie de la lésion. Elle permet aussi d'identifier les ovaires normaux de manière plus sûre qu'avec la tomographie et est un excellent outil pour identifier la composante graisseuse de la lésion par l'hypersignal détecté en pondération T1 et T2, associé à la chute du signal sur les séquences T1 avec suppression de graisse (4, 5). Une lésion bien délimitée, en partie graisseuse, avec des zones de densité de tissu mou résultant de l'utérus est assez caractéristique d'un lipoléiomyome. Cette possibilité qu'offre l'IRM de reconnaître cette apparence typique permettra d'éviter des procédures diagnostiques invasives inutiles et influencera les options de traitement. En effet, les lipoléiomyomes asymptomatiques ne nécessitent pas de traitement. Il est donc primordial de pouvoir les distinguer des tératomes ovariens qui, eux, nécessiteront une excision chirurgicale (3-5, 8). Il faut, cependant, noter que lorsque le lipoléiomyome a un faible contenu graisseux, l'IRM peut être mise en défaut (4) et certains suggèrent alors l'utilisation de la séquence de déplacement chimique en écho de gradient «in phase» et «out phase» dans l'expertise des masses pelviennes (3, 9).

## CONCLUSION

Le lipoléiomyome utérin est une tumeur utérine bénigne rare. Son diagnostic différentiel avec le tératome kystique bénin de l'ovaire est primordial au vu de leur prise en charge différente. L'IRM pelvienne est l'examen de choix pour confirmer le diagnostic de lipoléiomyome et pour la mise au point des masses pelviennes chez la femme.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Bindra R, Sharma N. Uterine lipoleiomyoma. *Int J Gynaecol Obstet* 2010;**12**:2.
2. Prieto A, Crespo C, Pardo A et al. Uterine lipoleiomyomas: US and CT findings. *Abdom Imaging* 2000;**25**:655-7.
3. Kitajima K, Kaji Y, Imanaka K et al. MRI findings of uterine lipoleiomyoma correlated with pathologic findings. *AJR Am J Roentgenol* 2007;**189**:100-4.
4. Novellas S, Bafghi A, Caramella T et al. Lipoléiomyome de l'utérus : aspect atypique en IRM. *J Radiol* 2008;**89**:1941-3.
5. Avritscher R, Iyer RB, Ro J, et al. Lipoleiomyoma of the uterus. *AJR Am J Roentgenol* 2001;**177**:856.
6. Lin M, Hanai J. Atypical lipoleiomyoma of the uterus. *Acta Pathol Jpn* 1991;**41**:164-9.
7. Manjunatha HK, Ramaswamy AS, Kumar BS, et al. Lipoleiomyoma of uterus in a postmenopausal woman. *J Midlife Health* 2010;**1**:6-88.
8. Dodd GD III, Budzik RF Jr. Lipomatous tumors of the pelvis in woman spectrum of imaging findings. *AJR Am J Roentgenol* 1990;**155**:317-22.
9. Siegelman ES, Outwater EK. Tissue characterization in the female pelvis by means of MR imaging. *Radiology* 1999;**212**:5-18.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr J.F. Jamouille, Faculté de Médecine, ULiège, Belgique.  
Email : [jfjamouille@student.uliege.be](mailto:jfjamouille@student.uliege.be)