

L'IMAGE DU MOIS

VOLUMINEUX LIPOSARCOME PLÉOMORPHE EXCORIÉ

FORTEMPS V (1), KURTH W (1)

RÉSUMÉ : Les liposarcomes pléomorphes sont des tumeurs malignes rares et agressives d'origine mésenchymateuse. Ces lésions se présentent le plus souvent sous la forme d'un syndrome de masse sous-cutanée. L'exérèse de ces lésions a un intérêt à la fois thérapeutique et de confirmation diagnostique. Nous rapportons le cas d'une patiente de 41 ans présentant une volumineuse lésion fessière redevable d'un traitement chirurgical.

MOTS-CLÉS : *Liposarcome pléomorphe - Tumeur des tissus mous - Syndrome de masse - Exérèse chirurgicale*

LARGE EXCORIATED PLEOMORPHIC LIPOSARCOMA

SUMMARY : Pleomorphic liposarcoma is a rare and aggressive tumour developed from mesenchymal tissue. The clinical presentation is most often a subcutaneous mass syndrome. The surgical excision of such lesions has both a therapeutic and diagnostic confirmation value. We here report the case of a 41-year-old woman with a voluminous gluteal lesion that required surgical treatment.

KEYWORDS : *Pleiomorphic liposarcoma - Soft-tissue tumor - Mass syndrome - Surgical resection*

Figure 1 (A-B). Résonance magnétique nucléaire préopératoire en séquence T1, coupe axiale et frontale montrant la volumineuse masse sous-cutanée avec envahissement du grand fessier



CAS CLINIQUE

Une patiente âgée de 41 ans, sans antécédents particuliers, se présente à la consultation de chirurgie orthopédique dans le cadre de la mise au point d'une volumineuse masse fessière gauche. Cinq mois auparavant, cette masse sous-cutanée est remarquée par la patiente au niveau de la hanche gauche à l'occasion d'un traumatisme *a priori* bénin. Considérée initialement comme un probable hématome, ce n'est que quatre mois plus tard que la patiente se présente aux urgences avec cette masse qui, outre une augmentation de volume, présente désor-

mais un orifice punctiforme par lequel s'écoule un liquide séro-sanguinolant et lipomateux. La biologie révèle un syndrome inflammatoire et un scanner fait état d'une collection hypodermique hétérogène non encapsulée de 111 x 98 mm. Le bilan iconographique est complété par une résonance magnétique nucléaire qui confirme le caractère suspect de la lésion compatible avec une lésion sarcomateuse hypervasculaire.

C'est sur base de ces éléments qu'une biopsie à l'aiguille sous contrôle échographique est réalisée. L'analyse anatomopathologique évoque un sarcome pléomorphe indifférencié. Après discussion en concertation oncologique multidisciplinaire et un bilan de dissémination systémique rassurant, l'option thérapeutique chirurgicale est choisie.

C'est à la lumière d'une résonance magnétique nucléaire préopératoire qu'une résection tumorale large est pratiquée (Figures 1 A-B, 2 A-B).

(1) Service de Chirurgie de l'Appareil locomoteur, CHU Liège, Belgique.

Figure 2 (A-B). Vue préopératoire postérieure et latérale : lésion fessière gauche avec orifices de fistulisation et écoulement séro-sanguinolant et lipomateux

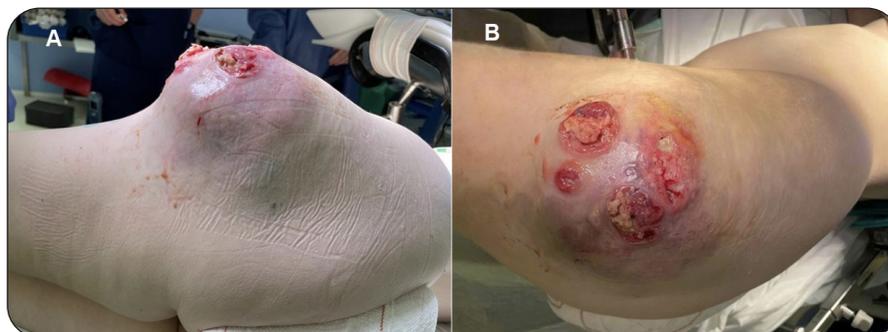


Figure 3. Vue peropératoire post-exérèse de la lésion fessière



Figure 4. Vue postopératoire post-greffe de peau



L'intervention est réalisée par dissection progressive des tissus mous au pourtour de la lésion, tout en gardant une distance centimétrique par rapport à celle-ci, avec progression successive au sein des plans sous-cutané, aponévrotique et finalement musculaire, avec une large portion du grand fessier et de son insertion distale qui est emportée avec la lésion (Figure 3).

L'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire mesurant 24,5 x 22 x 10,5 cm met finalement en évidence un liposarcome pléomorphe de résection complète. La couverture du volumineux défaut est réalisée dans un second temps par l'équipe de chirurgie plastique au moyen d'une greffe de peau (Figure 4).

DISCUSSION

Le liposarcome pléomorphe est un sous-type rare de liposarcome considéré comme un des plus agressifs (1). Le pronostic de ces lésions

est, en effet, moins bon que celui des autres sous-types de liposarcome, avec une survie à cinq ans estimée entre 47 % et 51 % (2). Ces tumeurs malignes se localisent de manière préférentielle au niveau des membres, avec une prédominance au niveau de la cuisse et de la fesse (3). Le traitement repose essentiellement sur la chirurgie qui peut être, dans certains cas, complétée par de la radiothérapie ou un traitement systémique (1, 4).

Le caractère malin d'une masse développée à partir des tissus mous doit être suspecté sur base de quatre critères cliniques simples que sont la taille de la lésion (> 5 cm), l'augmentation de la taille de la lésion, sa profondeur par rapport aux tissus (sous le fascia) et le caractère douloureux de la lésion (5). La probabilité de malignité est d'autant plus grande que la lésion présente plusieurs de ces critères cliniques. En effet, une lésion présentant ces quatre caractéristiques a une probabilité de 86 % d'être maligne. Le meilleur indicateur de malignité est l'augmentation de taille, bien que la seule

présence d'une de ces quatre caractéristiques justifie une investigation (6).

La mise au point d'une masse à point de départ superficiel (par rapport au fascia) comme celle présentée par cette patiente peut être menée de la manière suivante. Si la taille de la lésion est inférieure à 5 cm, une surveillance échographique ainsi qu'une éventuelle biopsie exérèse sont recommandées. Si la taille est supérieure à 5 cm, une mise au point par résonance magnétique nucléaire est alors recommandée et, éventuellement, complétée par une biopsie en cas d'image douteuse ou de gêne fonctionnelle (7).

CONCLUSION

Le liposarcome pléomorphe est un sous-type de liposarcome relativement rare. Il partage, avec les autres tumeurs des tissus mous, des éventuelles caractéristiques cliniques de malignité que sont la taille supérieure à 5 cm, l'augmentation de la taille, la localisation profonde de la lésion et le caractère douloureux. La présence d'une de ces caractéristiques, *a fortiori* de plusieurs d'entre elles, doit motiver la réalisation d'une mise au point iconographique par échographie ou par résonance magnétique nucléaire et d'une biopsie à l'aiguille à visée diagnostique en fonction des cas, afin d'offrir au patient des chances de guérison optimales.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lee AT, Thway K, Huang PH, et al. Clinical and molecular spectrum of liposarcoma. *J Clin Oncol* 2018;**36**:151-9.
2. Amer KM, Congiusta DV, Thomson JE, et al. Epidemiology and survival of liposarcoma and its subtypes: a dual database analysis. *J Clin Orthop Trauma* 2020;**11**:S479-84.
3. Ghadimi MP, Liu P, Peng T, et al. Pleomorphic liposarcoma: clinical observations and molecular variables. *Cancer* 2011;**117**:5359-69.
4. Crago AM, Dickson MA. Liposarcoma: multimodality management and future targeted therapies. *Surg Oncol Clin N Am* 2016;**25**:761-73.
5. Dangoor A, Seddon B, Gerrand C, et al. UK guidelines for the management of soft tissue sarcomas. *Clin Sarcoma Res* 2016;**6**:20.
6. Johnson CJ, Pynsent PB, Grimer RJ. Clinical features of soft tissue sarcomas. *Ann R Coll Surg Engl* 2001;**83**:203-5.
7. Kurth W, Gillet P. Boules et autres masses. Prise en charge rationnelle des tumeurs des tissus mous. *Rev Med Liege* 2006;**61**:763-70.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Fortemps V, Service de Chirurgie de l'Appareil locomoteur, CHU Liège, Belgique.
Email : victor.fortemps@student.uliege.be