



Deux cas de lipome géant au niveau de la cuisse

A.Z.L.A. Rabemazava*¹, H.J.C. Razafimahandry¹,
L.H. Samison², N.S. Randrianjafisamindrakotroka³,
F. Josoa Rafaramino⁴, G. Rakotozafy¹

¹ Service de Traumatologie Orthopédie A, CHU-JRA, BP 4150, 101 Antananarivo, Madagascar

² Service de Chirurgie Viscérale B, CHU-JRA, BP 4150, 101 Antananarivo, Madagascar

³ Laboratoire d'Anatomie Pathologique, CHU-JRA, BP 4150, 101 Antananarivo, Madagascar

⁴ Service d'Oncologie Radiothérapie, CHU-JRA, BP 4150, 101 Antananarivo, Madagascar

Résumé

Les tumeurs des tissus mous des membres sont souvent vues au stade avancé de l'évolution dans notre pays. Devant la négligence et l'ignorance des patients, la malignité ne peut être écartée d'emblée dans l'arbre décisionnel thérapeutique et la surveillance au long cours s'avère indispensable. De ce fait, l'examen anatomopathologique a une place importante dans la prise en charge de ces tumeurs. Nos deux observations de lipomes géants de la cuisse illustrent l'apport de cet examen.

Mots-clés: Anatomie pathologique; Biopsie; Cuisse; Diagnostic; Exérèse; Lipome

Two cases of thigh giant lipoma

Summary

Limbs soft tissue tumours are often seen at advanced stage in our country. Due to the negligence and the ignorance of patients, malignancy cannot be eliminated at first sight in therapeutic decision and systematic postoperative follow-up is necessary. Thus, histopathological examination takes an important place in the management of those tumours. Our two cases of thigh giant lipomas illustrate the advantage of this examination.

Keywords: Biopsy; Diagnosis; Excision; Histology; Lipoma; Thigh

Introduction

La pathologie tumorale des parties molles des membres est le plus souvent vue au stade avancé de l'évolution dans un pays comme le nôtre. Un traitement par un rebouteux est habituellement appliqué à ces lésions. De ce fait, les tumeurs sont généralement volumineuses avant la prise en charge adéquate en milieu hospitalier. Nous rapportons 2 cas de volumineux lipomes localisés au niveau de la cuisse répertoriés dans le Service de Traumatologie A du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo en 2006. Une description clinique et morphologique de ces tumeurs est effectuée. Les particularités de la prise en charge diagnostique et thérapeutique sont rapportées et discutées.

Observation

Premier cas

Une femme de 43 ans consultait pour une volumineuse tumeur de la cuisse gauche évoluant depuis 3 ans. La consultation était motivée par l'échec des massages traditionnels et le caractère très gênant de la tumeur. Il s'agissait d'une tumeur indolore, mesurant 30x20x12 cm (Figure 1), de consistance ferme, relativement fixe intéressant toute la loge postérieure de la cuisse et sans signe clinique de compression vasculo-nerveuse. L'examen locorégional ne montre aucune adénopathie palpable. Les articulations sus et sous-jacentes étaient épargnées. La radiographie de la cuisse montrait une opacité homogène des parties molles sans signe de malignité et d'envahissement osseux. Le scanner (Figure 2) montrait une image relativement homogène, à contour régulier, de tonalité



Fig. 1: Tumeur intéressant toute la loge postérieure de la cuisse

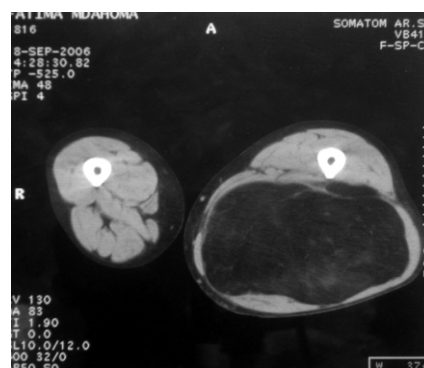


Fig. 2: Scanner montrant une image homogène, à contour régulier, de tonalité grasseuse

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: rabemazava@yahoo.fr (A.Z.L.A. Rabemazava).

¹ Adresse actuelle: Service de Traumatologie Orthopédie A, CHU-JRA, BP 4150, 101 Antananarivo, Madagascar

graisseuse, refoulant vers l'avant le paquet vasculo-nerveux. On notait quelques images de calcifications intra-tumorales. Une exérèse chirurgicale extracapsulaire de la tumeur avait pu être effectuée malgré des adhérences ayant rendu difficile la dissection. La masse tumorale était macroscopiquement compatible avec un volumineux lipome (Figure 3) et pesait 3450g. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire confirmait le diagnostic de lipome. L'évolution à 18 mois de recul était favorable marquée par l'absence de récurrence tumorale.



Fig. 3: Masse tumorale macroscopiquement compatible avec un volumineux lipome et pesant 3450g

Deuxième cas

Il s'agissait d'une femme âgée de 46 ans qui présentait une tuméfaction de la cuisse gauche évoluant depuis 5 ans. Elle était transférée dans notre service après une hospitalisation dans un service de médecine pour une pneumopathie bactérienne. Cette tumeur avait été traitée par des séances de massage sans résultats notables. L'examen clinique montrait une tumeur mobile de consistance ferme, indolore, de 16x9x8cm de dimensions, occupant la partie antéro-médiale de la cuisse et présentant des abondantes circulations veineuses superficielles (Figure 4). Les aires ganglionnaires étaient libres. La radiographie révélait une opacité homogène arrondie limitée aux parties molles. L'échographie de la cuisse objectivait une image tumorale de tonalité grasseuse. Une exérèse biopsique était pratiquée sans difficulté devant une masse bien encapsulée pesant 960g et évoquant a priori un lipome. L'examen histologique de la pièce confirmait le diagnostic. Les suites opératoires étaient simples. L'évolution au recul de 14 mois était favorable.

Discussions

Un lipome ayant un diamètre supérieur à 5cm est considéré comme un lipome géant [1]. Les lipomes géants au niveau de la cuisse sont rarement observés [2]. La plupart des publications y afférant [2,3,4] rapportent des cas cliniques. Terzioglu [5] en a rapporté une série de 12 cas. Les motifs de consultation fréquemment décrits dans la littérature sont des gênes éprouvées telles la difficulté à s'habiller correctement, la pression sociale [6], une limitation fonctionnelle [2] comme en témoigne notre premier cas et même des oedèmes du membre inférieur par com-



Fig. 4: Tumeur mobile de consistance ferme, indolore occupant la partie antéro-médiale de la cuisse gauche

pression [2]. Mise à part cette gêne fonctionnelle, l'indolence et l'augmentation progressive de volume de la tumeur retardent la consultation chirurgicale. La durée d'évolution du début jusqu'au stade de lipome volumineux est très variable, avec des extrêmes de 2 mois à 40 ans [5]. Elle est en moyenne de 4 (3-5) ans pour nos cas. Fimmano [4] a rapporté un lipome géant de tiers moyen de la cuisse droite évoluant depuis 10 ans après un traumatisme. Nous n'avons pas trouvé cet antécédent traumatique pour nos patients. D'ailleurs toutes les publications que nous avons pu répertoriées n'ont pas relaté le rôle du traumatisme ni celui des massages traditionnels dans la genèse d'un lipome géant. D'autres localisations de lipome géant sont également citées entre autres au niveau de la main et de l'avant-bras [1], au niveau du sein [7] et même en intrathoracique [8]. L'évolution de ces lipomes géants de la cuisse peut être émaillée par l'apparition de phénomènes de compression du nerf sciatique [9], d'une rupture et d'une infection de la tumeur [10]. Ces lésions doivent être discutées par rapport à d'autres tumeurs mésenchymateuses bénignes et malignes [5]. En effet, les liposarcomes devraient toujours être inclus dans le diagnostic différentiel [5]. La radiographie, l'échographie des parties molles, le scanner et l'IRM apportent des arguments de bénignité de ces tumeurs, mais ne donnent pas le diagnostic de certitude. Chez nos patientes, les caractères cliniques et les données de l'imagerie nous orientent vers une pathologie bénigne indiquant la biopsie exérèse totale. Devant l'énormité et le caractère relativement adhérent des tumeurs, le diagnostic de malignité n'a pu être éliminé qu'après un examen anatomopathologique des pièces opératoires, confirmant le diagnostic histologique d'une tumeur bénigne compatible avec un lipome. Ce qui a permis d'instaurer une simple surveillance qui doit être prolongée. En effet, une récurrence tumorale est toujours possible ainsi qu'une dégénérescence sarcomateuse [2] quoique cette récurrence n'a pas été retrouvée au recul de 5 ans dans 2 cas suivis par Hakim [6]. Ainsi, malgré la bénignité des lésions à l'histologie, la transformation maligne est toujours possible justifiant par la suite une surveillance au long cours. Dans la prise en charge chirurgicale de ces tumeurs, la liposuccion [11] est une alternative intéressante sur le plan esthétique avec une petite incision de 1cm. Devant le doute sur la nature histologique et l'énormité des tumeurs chez nos patientes, nous estimons que la chirurgie conven-

conventionnelle reste la méthode la plus adaptée permettant une exérèse complète.

Conclusion

Le retard d'une prise en charge diagnostique et thérapeutique des tumeurs bénignes des parties molles reste encore monnaie courante dans notre pays. Devant la négligence et l'ignorance des patients, la malignité ne peut pas être écartée jusqu'à preuve du contraire. D'où la place de l'examen anatomopathologique dans l'arbre décisionnel thérapeutique et la nécessité d'une surveillance au long cours de ces volumineuses tumeurs des tissus mous.

Références

- 1- Crib GL, Cool WP, Ford D J, Mangham DC. Giant lipomatous tumours of the hand and forearm. *J Hand Surg* 2005; 30B: 509-12.
- 2- Tocchi A, Maggolini F, Lepre L, Costa G, Liotta G, Mazzoni G.

- Giant lipoma of the thigh: report of a case. *G Chir* 1999; 20: 351-3.
- 3- Gluszek S. Giant lipoma of the thigh. *Wiad Lek* 1987; 40: 845-8.
- 4- Fimmanò A, Coppola Bottazzi E, Cirillo C, Tammaro P, Casazza D. Giant atypical muscle-involving lipoma of the right thigh: a case report and review of the literature. *Chir Ital* 2005; 57: 773-7.
- 5- Terzioğlu A, Tuncali D, Yuksel A, Bingul F, Aslan G. Giant lipomas: a series of 12 consecutive cases and a giant liposarcoma of the thigh. *Dermatol Surg* 2004; 30: 463-7.
- 6- Hakim E, Kolander Y, Meller Y, Moses M, Sagi A. Gigantic lipomas. *Plast Reconstr Surg* 1994; 94: 369-71.
- 7- Rodriguez LF, Shuster BA, Milliken RG. Giant lipoma of the breast. *Br J Plastic Surg* 1997; 50: 263-5.
- 8- Vougiouklakis T, Mitselou A, Agnantis NJ. Giant lipoma: An unusual cause of intrathoracic mass. *Pathology – Research and Practice* 2006; 202 47-9.
- 9- Hunt JA, Thompson JF. Giant infiltrating lipoma of the thigh causing sciatica. *Aust N Z J Surg* 1997; 67: 225-6.
- 10- Ogonovskii VK. Recurrent giant paraosseous lipoma with breakdown and suppuration. *Klin Khir* 1984: 50.
- 11- Rubenstein R, Roenigk HH, Garden JM, Goldberg NS, Pinski JB. Liposuction for lipomas. *J Dermatol Surg Oncol* 1985; 11: 1070-4.