

Fait clinique

**REVUE TROPICALE
DE CHIRURGIE**
Association Malagasy de Chirurgie

Lipome géant de la paroi thoracique: à propos d'un cas



Razafimanjato NNM^{*1}, Rakotonaivo MJ², Rakotoarisoa
AJC¹, Rakototiana AF², Hunald FA³, Rakotovao HJL¹

¹ Service de Chirurgie Thoracique, HUIRA Ampefiloha, CHU Antananarivo, Madagascar

² Service d'Urologie, HUIRA Ampefiloha, CHU Antananarivo, Madagascar

³ Service de Chirurgie Pédiatrique, HUIRA Ampefiloha, CHU Antananarivo, Madagascar

Résumé

Les lipomes sont des tumeurs des tissus mous, à croissance lente, et qui dépassent rarement 2cm. Leur localisation sur la paroi thoracique est inhabituelle. Les auteurs rapportent un cas de lipome géant de 3770g localisé au niveau de la région sternale. Les aspects de la prise en charge sont discutés.

Mots-clés: Diagnostic; Lipome géant; Thorax; Traitement

Abstract

Titre en anglais: Giant lipoma of chest wall: a case report

Lipomas are soft tissue tumors which grow slowly and have rarely more than 2cm size. Their location on chest wall is unusual. Authors report a case of giant lipoma, 3770g weight, located on sternal region. Aspects of care are discussed.

Keywords: Chest; Diagnosis; Giant lipoma; Treatment

Introduction

Les lipomes sont les tumeurs mésenchymateuses les plus fréquentes [1]. Ils siègent le plus souvent dans le tissu sous-cutané de la tête, du cou, des épaules et du dos. Ils peuvent également être intermusculaire, intramusculaire, interosseux, associés à des viscères ou à un site d'un traumatisme antérieur [2]. Les auteurs rapportent une observation d'une localisation inhabituelle d'un lipome géant tout en faisant le point sur la particularité de la prise en charge à la lumière d'une revue de la littérature.

Observation

Une femme de 45 ans consultait pour une volumineuse masse de la paroi thoracique. Il s'agissait d'une tumeur indolore, volumineuse, mesurant 25x20x10cm de dimensions, de siège médio-sternal, pédiculée, de consistance molle avec une ulcération infectée à sa surface (Figure 1). L'examen cardio-respiratoire était normal et les aires ganglionnaires étaient libres. La radiographie thoracique standard montrait une opacité homogène pré-sternale avec des calcifications intra-tumorales. L'échographie des parties molles objectivait une tumeur grasseuse sus aponévrotique compatible avec un lipome. Ce diagnostic est confirmé histologiquement par l'examen anatomopathologique de carottes biopsiques. Le traitement consistait à une exérèse chirurgicale extra-capsulaire complète de la tumeur. La dissection était laborieuse du fait d'adhérences avec la veine sous clavière gauche. La tumeur était d'aspect grasseux, jaunâtre, multilobulaire et pesait 3770g (Figure 2). Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire confirmait le diagnostic de lipome (Figure 3). L'évolution était favorable et sans récurrence après un recul de trois mois.



Fig. 1: Volumineuse tumeur ulcérée de la face antérieure du thorax



Fig. 2: Aspect grasseux, jaunâtre et multilobulaire de la pièce opératoire

Discussion

Le lipome est une tumeur bénigne constituée de graisse mature [3]. Il est qualifié de géant quand le grand axe dépasse 5cm [4]. Les lipomes sont des tumeurs fréquentes, souvent ignorées lorsqu'elles n'entraînent aucun préjudice esthétique ou lorsqu'elles sont asymptomatiques. Il peut s'agir de tumeurs uniques ou multiples, superficielles ou profondes. Les lipomes géants de la paroi thoracique sont relativement rares. La plupart des descriptions de la litté-

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: razafesteban@yahoo.fr

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Thoracique, HUIRA Ampefiloha, CHU Antananarivo, Madagascar

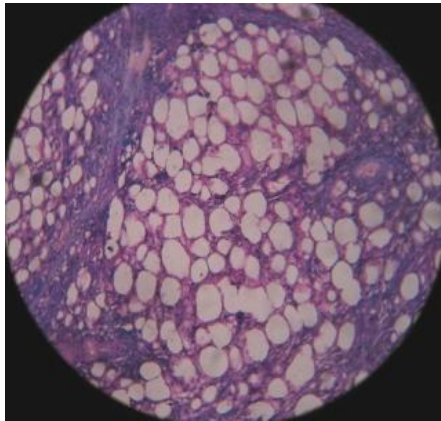


Fig. 3: Histologie: Prolifération d'adipocytes matures, non atypiques, réalisant des lobules remaniés par la fibrose (Hématoxylline éosine x40)

rature sont des cas cliniques [5,6]. L'incidence est plus élevée chez les personnes qui présentent une obésité, un diabète, une hypercholestérolémie. Ils peuvent également survenir à la suite d'un traumatisme, d'irradiation ou bien en cas de translocation chromosomique. Dans certains cas, il existe une tendance familiale entrant dans le cadre d'un syndrome héréditaire multiple tels que la lipomatose, le syndrome de Gardner ou encore la maladie de Madelung [7]. Les lipomes sont indolores et se traduisent par une tumeur molle, régulière, mobile et d'évolution lente. Lorsqu'ils se localisent dans des défilés anatomiques, ils peuvent être à l'origine de compression nerveuse provoquant douleurs et troubles sensitivo-moteurs [3]. Dans notre cas, le lipome avait évolué depuis quatorze ans et c'est la déformité cosmétique, la répercussion psycho-sociale et la nécrose du lipome secondaire à une insuffisance de vascularisation et aux frottements répétés de sa surface qui avaient incité la patiente à consulter. L'échographie est l'examen de référence pour le diagnostic des lipomes superficiels et des extrémités. Elle montre une formation ovale ou allongée bien limitée à grand axe parallèle au plan cutané. Son échogénicité est variable en fonction des interfaces entre le tissu graisseux et les éléments conjonctifs. Elle apparaît hypoéchogène ou de façon plus caractéristique hyperéchogène avec une structure homogène ou discrètement hétérogène. Déformable de façon modérée sous la pression, cette lésion tissulaire est toujours avasculaire car les vaisseaux sont comprimés par les adipocytes. Dans les formes profondes, le scanner et l'IRM constituent des examens de choix. Le scanner retrouve une masse bien limitée et homogène, avasculaire, de densité basse négative (-60UH à -130 UH). Rarement, elle présente des calcifications témoignant de phénomènes de nécrose lipoi-que ou d'ossification métaplasique. A l'IRM, elle apparaît

hyperintense en pondération T1, de signal intermédiaire en T2 et hypointense sur toutes les séquences utilisant la suppression du signal graisseux (Fat Sat) ou l'inversion récupération à T1 court. Le signal IRM est identique ou proche de celui de la graisse sous cutanée. Après injection de gadolinium, il n'y a pas de prise de contraste [8]. La clé du diagnostic pré thérapeutique est la ponction-biopsie à l'aiguille fine car la hantise est le liposarcome dont la fréquence varie de 1,1 à 2,5/1000 000 avec un pic entre 50 et 70 ans [9,10]. Les tumeurs bénignes de la paroi thoracique sont rares (25 % environ des tumeurs des parties molles, 10 % de l'ensemble des tumeurs de la paroi thoracique opérées) [11]. Sur le plan thérapeutique, l'exérèse marginale est le traitement de choix. L'exérèse doit être la plus complète possible afin de minimiser le risque de récurrence locale qui reste exceptionnelle (4%) [12]. L'évolution est lente et discontinue. L'augmentation de taille n'est pas à elle seule un critère de malignité [12].

Conclusion

Les lipomes géants de la paroi thoracique sont rares. Notre observation illustre un cas particulièrement inhabituel quant à sa localisation qu'à ses dimensions. De tel cas introuvable dans les pays avancés existent encore dans les pays en développement comme le notre.

Références

- 1- Ersozlu S, Ozgur AF, Tandogan RH. Lipoma of the index finger. *Dermatol Surg* 2007; 33: 382-4.
- 2- Enzinger FM, Weiss SW. *Soft tissue tumors*. St Louis: Mosby; 1995, 381-430.
- 3- Abkari I, El Abidi A, Latifi M. Lipome géant du troisième doigt: à propos d'un cas. *Chir Main* 2011; 30: 152-4.
- 4- Crib GL, Cool WP, Ford D J, Mangham DC. Giant lipomatous tumors of the hand and forearm. *J Hand Surg* 2005; 30B: 509-12.
- 5- Bousquet C, Giron J, Serres-cousine O, Benkirane NK, Senac JP, Marty-Ane C, et al. Une tumeur thoracique particulière: le lipome pariétal en sablier: apport de la TDM et de l'IRM. *Rev Mal Respir* 1993; 10: 255-8.
- 6- Roy C, Dietemann JL, Morand G, Dosch JC. Lipome de la paroi thoracique. *Radiologie* 1987; 7: 377-9.
- 7- Allen B, Rader C, Babigian A. Giant lipomas of the upper extremity. *Can J Plast Surg* 2007; 15: 141-4.
- 8- Trappe M, Lardé D. Lipome qui grossit: bénin ou malin? *La lettre du rhumatologue* 2006, 325.
- 9- Gouin F, Bertrand-Vasseur A, Collet T, Moreau A, Leaute F, Rolland F, et al. Tumeurs graisseuses sous-aponévrotiques. Stratégie de prise en charge à propos d'une série continue de 37 cas. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 2001; 87: 585-95.
- 10- Laurino L, Furlanetto A, Orvieto E. Well differentiated liposarcoma (atypical lipomatous tumors). *Semin Diagn Pathol* 2001; 18: 258-62.
- 11- Brouchet L, Ballouhey Q, Brouchet A, Giron J, Berjaud J, Renaud C, et al. Tumeurs primitives de la paroi thoracique. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pneumologie*, 6-002-G-69, 2010.
- 12- Fnini S, Hassoune j, Largab A. Lipome géant de la main. *Chir Main* 2010; 29 : 44-7.