

Fait clinique

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

Un cas inhabituel de lipome géant du quatrième doigt chez l'enfant.

Rantoanina A^{*1}, Randriambololona RA², Rohimpitiavana HA³, Rajaonahary TMA⁴, Rabemazava AZLA¹



¹Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, CHU Tanambao I, Antsiranana, Madagascar

²Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, CHU Tambohobe, Fianarantsoa, Madagascar

³Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, CHU-JRA, Antananarivo, Madagascar

⁴Service de Chirurgie Vasculaire, CHU Morafeno, Toamasina, Madagascar

Résumé

La localisation du lipome au niveau du doigt est inhabituelle et concerne moins de 1% des cas. Il est qualifié de géant si la pièce d'exérèse dépasse 5cm de diamètre. Nous en rapportons un cas ayant évolué depuis trois ans, localisé au niveau du quatrième doigt, chez un enfant de 9 ans. L'exérèse complète était émaillée d'une complication vasculaire à type de nécrose en post-opératoire. A travers cette observation, nous voudrions rappeler les attitudes de prise en charge adéquates en particulier l'approche diagnostique qui doit être minutieuse en raison de ses similitudes avec le liposarcome.

Mots clés: Doigt ; Géant ; Lipome

Titre en Anglais: An unusual case of giant lipoma of the fourth finger in child.

Abstract

The location of lipoma in the finger is unusual and affects less than 1% of cases. It is qualified as giant if the excision piece exceeds 5cm in diameter. We report a case that has evolved for three years, located on the fourth finger, in a 9 year-old child. After complete excision, a vascular complication with necrosis appeared in postoperative period. Through this observation, we would like to show the management especially diagnosis approach which must be well done because of its similarities with liposarcoma.

Key words: Finger, Giant, Lipoma

Introduction

Le lipome est une tumeur bénigne grasseuse, de localisation sous-cutanée ou intramusculaire, fréquente chez l'adulte, mais inhabituelle chez l'enfant. Dans 15 à 20% des cas environ, il se localise au niveau de la tête, du cou et du dos [1]. Il est rare au niveau de la main et encore plus rare au niveau des doigts. Il se présente comme une masse indolore, qui augmente lentement de volume. Il est qualifié de « géant » quand le diamètre de la pièce d'exérèse dépasse 5cm de diamètre [2]. Nous rapportons un cas de lipome géant du quatrième doigt de la main gauche chez un enfant pour décrire cette localisation inhabituelle vue chez un enfant et pour rappeler les attitudes de prise en charge adéquates.

Observation

Il s'agissait d'un enfant de 9 ans, droitier, sans antécédent particulier. Il présentait depuis l'âge de 3 ans une petite tuméfaction rougeâtre, au niveau de la face latérale de la deuxième phalange de son quatrième doigt gauche. Il n'y avait pas de trouble sensitif ni moteur au niveau du doigt concerné. La tuméfaction était indolore mais prurigineuse et augmentait progressivement de volume, devenant luisante et inflammatoire motivant la consultation. A l'examen clinique, l'enfant présentait au niveau du quatrième doigt gauche une tumeur peu mobile de 10 x 6cm, molle, indolore, prurigineuse avec quelques lésions de grattage, hypervascularisée et sans trouble sensitif (Figures 1 et 2). L'examen biologique ne révélait aucune anomalie. La radiographie standard de la main gauche montrait une opacification homogène accompagnée d'une subluxation de l'articulation interphalangienne distale (Figure 3). L'enfant était opéré sous anesthésie générale avec un garrot pneumatique à la racine de son membre supérieur gauche. Avec une incision palmaire, une exérèse complète de la tumeur était effectuée et la subluxation interphalan-



Fig.1: Vue palmaire du lipome géant du 4ème doigt



Fig.2: Vue dorsale du lipome géant du 4ème doigt

gienne était réduite. Les suites opératoires étaient marquées par la survenue d'une nécrose de P3 au quatrième jour post-opératoire, nécessitant une désarticulation au niveau de l'articulation inter-phalangienne distale. Par la suite, l'évolution était favorable et l'enfant était sorti de l'hôpital au huitième jour post-opératoire. L'examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse concluait en un lipome bénin. Le contrôle clinique et radiologique après un recul de 14 mois montrait une évolution satisfaisante.

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: ando.rantoanina@yahoo.fr

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, CHU Tanambao I, Antsiranana, Madagascar

Discussion

Le lipome est une tumeur bénigne qui concerne 16% des tumeurs mésenchymateuses des tissus mous [3]. Il est constitué non pas d'adipocytes matures mais plutôt de préadipocytes mésenchymateux [4]. Son étiologie est inconnue mais de multiples facteurs causaux ont été proposés entre autres des déclencheurs génétiques, traumatiques et métaboliques. En 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé a classé les lipomes en 9 entités : lipome, lipomatose, lipomatose du nerf, lipoblastome, angioliipome, myoliipome des tissus mous, lipome chondroïde, lipome intraosseux et lipome para-ostéal [5]. Cliniquement il est souvent asymptomatique, indolore, de consistance molle, lobulé, mobile et bien circonscrit sous la peau. Posch a décrit un test clinique d'application de glace sur la tumeur. Ainsi, en cas de lipome, la glace appliquée entraîne une solidification de la masse [6]. L'évaluation clinique suffit, dans environ 85% des cas, pour poser le diagnostic dans les formes superficielles. Au niveau des membres supérieurs, le lipome est qualifié de géant si la pièce d'exérèse dépasse 5cm de diamètre [2]. Cette tumeur peut être superficielle, sous-cutanée, moins fréquemment sous aponévrotique accédant au canal de Guyon, au canal carpien ou à l'espace palmaire profonde entraînant la compression du nerf correspondant. Elle peut aussi atteindre les régions juxta-articulaires, le périoste (lipome para-ostéal) et l'os (lipome intra-osseux). Plusieurs auteurs confirment que le lipome est peu fréquent au niveau de la main et est extrêmement rare au niveau des doigts [7-9]. Il siège dans 5% des cas au niveau de la main et dans moins de 1% des cas au niveau des doigts. A ce jour, moins de 30 cas intéressant les doigts sont rapportés dans la littérature. Sa croissance est lente et peut se stabiliser spontanément mais en raison de sa taille pouvant être volumineuse avec le temps, il peut conduire à une limitation de la mobilité, à des difficultés à la préhension, à des douleurs et des troubles sensitivo-moteurs en aval, à des déviations des doigts lorsque qu'il se situe en regard des articulations métacarpophalangiennes. La tomodensitométrie et l'IRM permettent de bien évaluer les lésions et montrent dans 37 à 49% des cas une image de mince septa intrinsèque, inférieure à 2mm, qui est presque considérée comme pathognomonique du lipome [10]. L'IRM est l'examen de référence des tumeurs des parties molles à cause de sa haute sensibilité. Elle en précise la nature, l'extension locale et les rapports avec les éléments vasculo-nerveux. L'image est celle d'une tumeur encapsulée, homogène, bien limitée en hypersignal sur la séquence T1 et T2 avec réduction du signal sur la séquence de suppression de la graisse. Après injection de Gadolinium, le signal de septa fibreux est modérément rehaussé, mais la graisse garde le même signal. Dans les pays en développement, des examens moins coûteux sont utilisés dans l'évaluation préopératoire, comme la radiographie standard qui montre une zone de clarté radiologique caractéristique appelée « densité limpide » et l'échographie qui montre une masse homogène et circonscrite, hyperéchogène, isoéchogène par endroit. La principale préoccupation est d'exclure une tumeur maligne notamment le liposarcome qui modifie la prise de décision et le pronostic. D'autres tumeurs apparaissent avec des caractéristiques similaires à celle du lipome et constituent les diagnostics différentiels. Ce sont les kystes ganglionnaires, les tumeurs à cellules géantes, le myxome, l'angioliipome et le lipofibrome intraneural [6]. Au niveau de la main et des doigts, l'exérèse marginale est le traitement de choix. Elle doit être la plus complète possible afin de minimiser le risque de récurrence locale. L'identification et la dissection des éléments vasculo-

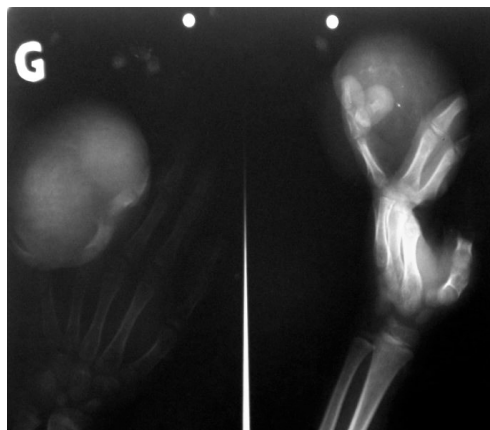


Fig.3: Radiographie : opacification homogène du lipome et subluxation de l'articulation interphalangienne distale du 4ème doigt

-nerveux doivent être minutieuses pour éviter des lésions iatrogènes, en particulier lors des interventions sous garrot. Les principales indications chirurgicales sont la gêne esthétique et le trouble fonctionnel causés par la tumeur [11]. Dans la série de 141 lipomes de Leffert, seuls 32 étaient symptomatiques et la majorité était excisée uniquement pour des raisons esthétiques [12]. Dans notre cas, la tumeur était juxta-articulaire à l'origine d'une déformation importante du doigt concerné. Le diagnostic était confirmé par l'examen histologique. Pour éviter toute complication vasculaire, le garrot pneumatique qui n'est pas indispensable, devrait être utilisé à bon escient. Et ces lésions iatrogènes vasculaires devraient être une hantise permanente pour toute chirurgie des doigts, en particulier pour les tumeurs des parties molles qui risquent d'englober les vaisseaux. La récurrence est rare, observée dans moins de 5% des cas [4].

Conclusion

Le lipome géant localisé au niveau du doigt est rare. Cette observation a permis d'en décrire une observation chez l'enfant. Une exérèse chirurgicale minutieuse est indispensable pour éviter d'éventuelles complications iatrogènes en particulier vasculaires.

Références

- 1- Enzinger FM, Weiss SW. Soft tissue tumors. St. Louis: Mosby; 1995.
- 2- Fnini S, Hassoune J, Garche A, Rahmi M, Largab A. Lipome géant de la main: présentation d'un cas clinique et revue de la littérature. *Chir Main* 2010;29: 44-7.
- 3- Ramirez-Montañó L, Lopez RP, Ortiz NS. Giant lipoma of the third finger of the hand. *SpringerPlus* 2013; 2: 164.
- 4- Phalen GS, Kendrick JI, Rodriguez JM. Lipomas of the upper extremity. A series of fifteen tumors in the hand and wrist and six tumors causing nerve compression. *Am J Surg* 1971; 121: 298-306.
- 5- Christopher D, Unni K. Adipocytic tumors. In: WHO classification of tumors. Pathology and genetics: tumors of soft tissue and bone. Lyon: IARC; 2002: 19-46.
- 6- Posch JL. Tumors of the hand. *J Bone Joint Surg* 1956; 38A: 517-40.
- 7- Chronopoulos EI, Nikolaos P, Karanikas C, Kalliakmanis A, Plessas S, Neofytou I, et al. Patient presenting with lipoma of index finger. *Cases J* 2010; 3: 20.
- 8- Stuffer M, Thurner JE. Lipoma of the index digit – a very rare location. *Arch Orthop Trauma Surg* 1995; 114: 239-40.
- 9- Vico P, Heymans O, Goldschmidt D. Les lipomes des doigts. *Ann Chir Memb Sup* 1993; 12: 352-5.
- 10- Ohguri T, Aoki T, Hisaoka M, Watanabe H, Nakamura K, Hashimoto H, et al. Differential diagnosis of benign peripheral lipoma from well-differentiated liposarcoma on MR imaging: is comparison of margins and internal characteristics useful? *AJR Am J Roentgenol* 2003; 180: 1689-94.
- 11- Higgs PE, Young VL, Schuster R, Weeks PM. Giant lipomas of the hand and forearm. *South Med J* 1993; 86: 887-90.
- 12- Leffert RD. Lipomas of the upper extremity. *J Bone Joint Surg Am* 1972; 54: 1262-6.