

Fait clinique

REVUE TROPICALE
DE CHIRURGIE

Association Malagasy de Chirurgie



Une nouvelle observation d'un lipome géant du sein.

Rahantsoa Finaritra CFP^{*1}, Rakotomena SD¹,
Andriantsoa E¹, Randriambololona RA²,
Rakoto Ratsimba HN¹
¹ Service de Chirurgie Viscérale, CHU-JRA Ampefiloha, Antananarivo Madagascar

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

Résumé

Le lipome géant du sein est rare. Nous en rapportons un nouveau cas vu au Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo. Il s'agissait d'une femme âgée de 70 ans, ménopausée, qui présentait une volumineuse masse mammaire droite, peu mobile et indolore, de consistance lipomateuse. Cette masse avait fait l'objet de massages traditionnels auparavant. La dissection chirurgicale était difficile car il y avait beaucoup d'adhérences entre la capsule et les tissus sains, conséquences des massages. L'exérèse d'une masse graisseuse de 25 x 9 x 8cm pesant 1800g était pratiquée et l'examen histologique concluait en un lipome. Les particularités de cette localisation inhabituelle sont discutées.

Mots clés: Adhérences tissulaires; Lipome; Massage; Sein; Traitement

Titre en Anglais: A new case of giant lipoma of breast.

Abstract

Breast giant lipoma is rare. We report a new case seen at the University Hospital of Antananarivo. This was the case of a 70-year-old postmenopausal woman who presented a large, straight, not much mobile, painless right-sided breast mass of lipomatous consistency. Traditional massages had been done on this mass before. Surgical dissection was difficult because there were a lot of adhesions between the capsule and the healthy tissues, consequences of the massages. Excision of a fat mass of 25 x 9 x 8cm weighing 1800g was practiced and the histological examination concluded in a lipoma. The features of this unusual location are discussed.

Key words: Breast; Lipoma; Massage; Tissue adhesions; Treatment

Introduction

Le lipome est la tumeur la plus fréquente des parties molles et représente 16% à 43% des tumeurs d'origine mésenchymateuse [1-3]. Dans 20% des cas, sa localisation est thoracique [1-4]. Il peut siéger au niveau de n'importe quel endroit du corps et a une prévalence de 2,1 pour 1000 [5]. La localisation d'un lipome géant au niveau du sein est inhabituelle [6]. Nous rapportons une nouvelle observation d'un lipome géant du sein droit chez une femme de 70 ans afin de montrer les particularités de cette localisation mammaire.

Observation

Une femme âgée de 70 ans, ménopausée, avait consulté pour une augmentation progressive du volume du sein droit sur une période de 15 ans. Elle avait eu recours à des massages chez un tradi-praticien mais l'absence d'amélioration l'avait conduit à consulter. A l'examen clinique, l'inspection retrouvait un sein droit augmenté de volume dans son ensemble (Figure 1). La palpation du sein droit appréciait l'existence d'une volumineuse masse peu mobile, indolore, de consistance lipomateuse, sans adénopathie satellite. La mammographie avait visualisé une masse circonscrite, encapsulée, radiotransparente, non vascularisée. La masse était homogène et hyperéchogène à l'échographie, refoulant la glande mammaire. L'exérèse chirurgicale était pratiquée sous anesthésie générale par une incision sous mammaire. La masse lipomateuse était finement encapsulée mais la dissection était rendue difficile par la présence de multiples adhérences entre cette capsule et les tissus avoisinants, dues aux séances de massages traditionnels antérieurs. Mais une fois ces adhérences libérées, il existait un plan de clivage net avec la glande mammaire saine. La pièce opératoire faisait 20 x 9 x 8cm de dimensions et pesait 1800g (Figure 2). L'examen anatomo-

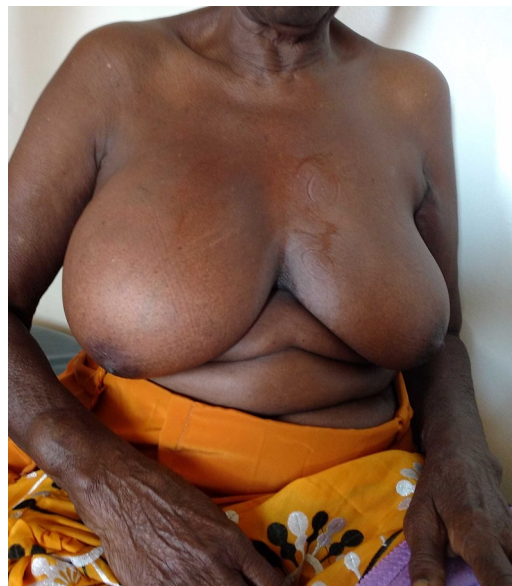


Fig. 1: Sein droit augmenté de volume donnant une asymétrie des seins

mopathologique montrait à la microscopie des adipocytes matures sans signe de malignité et concluait à un lipome. Les suites opératoires étaient simples.

Discussion

Le lipome est défini comme géant au-delà d'une taille de 10cm ou d'un poids de plus de 1000g. Sa localisation au niveau du sein est rare [6]. La tranche d'âge de survenue se situe entre 40 à 60 ans [1]. Le retard diagnostique est habituel car cette lésion est indolore et peu gênante et la consultation est souvent motivée lorsqu'elle atteint des dimensions importantes entraînant gêne ou problème esthétique. L'évolution s'effectue souvent à bas bruit et l'augmentation de volume du sein peut prendre plusieurs dizaines d'années [5,7-9]. Sur le plan clinique, l'examen

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: rcaimifleurprudence@gmail.com

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Viscérale, CHU-JRA Ampefiloha, Antananarivo, Madagascar

des seins retrouve souvent une asymétrie mammaire avec augmentation de volume importante du côté atteint et la palpation de ce dernier retrouve une masse solide molle, indolore et mobile [7]. Un interrogatoire bien conduit permet de savoir s'il y avait eu un recours à la médecine traditionnelle. En effet, les tradi-praticiens ont souvent tendance à masser les tuméfactions et parfois le caractère « mobile » des tumeurs bénignes disparaît suite à ces massages. L'imagerie peut aider à la confirmation diagnostique. L'échographie mammaire montre une masse bien limitée, sans flux vasculaire en mode doppler. L'échogénicité est variable et la masse est compressible par la sonde. L'IRM montre une masse homogène, hyperintense en pondération T1 et T2, tout à fait comparable à la graisse sous-cutanée [8,9]. Ces examens d'imageries sont surtout utiles en cas de doute diagnostique et permettent d'éliminer les autres tumeurs bénignes ou malignes du sein. L'exérèse chirurgicale sous anesthésie locale ou générale est souvent facile car il existe un plan de clivage séparant la tumeur des tissus sains avoisinants [5]. Mais des adhérences peuvent exister, en particulier si la région a fait l'objet de massages. En effet, la pratique de la médecine traditionnelle est encore fréquente dans nos contrées et un bon interrogatoire permet d'anticiper ces difficultés rencontrées lors de l'intervention. Une plastie de reconstruction peut être utile en particulier dans les formes très volumineuses [6]. L'histologie permet d'obtenir le diagnostic de certitude en montrant à la microscopie l'existence d'adipocytes matures. Une exérèse complète conduit à une évolution favorable sans récurrence locale.

Conclusion

Cette observation a permis d'illustrer un nouveau cas de lipome géant du sein diagnostiqué et traité à Madagascar. Cette lésion bénigne ne pose habituellement pas de problèmes diagnostique ou thérapeutique particuliers. Néanmoins, dans les pays en développement comme le nôtre, il est toujours utile de bien demander lors de l'interrogatoire si la patiente a eu recours à des massages traditionnels. Ces massages sont en effet sources d'adhérences pouvant



Fig.2: Pièce opératoire: masse graisseuse faisant 20x9x8cm de dimensions et pesant 1800g

modifier l'aspect clinique de la tuméfaction qui n'est plus « mobile » et peuvent être source de difficultés lors de la dissection opératoire.

Références

- 1- Groh O, In't Hof K. Giant lipoma of the male breast: case report and review of literature. *Eur J Plast Surg* 2012; 35: 407-9.
- 2- Lanng C, Eriksen BO, Hoffmann J. Lipoma of the breast: a diagnostic dilemma. *Breast* 2004; 13: 408-11.
- 3- Rydholm A, Berg NO. Size, site and clinical incidence of lipoma. Factors in the differential diagnosis of lipoma and sarcoma. *Acta Orthop Scand* 1983; 54: 929-34.
- 4- Sanchez MR, Golomb FM, Moy JA, Potozkin JR. Giant lipoma: case report and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1993; 28: 266-68.
- 5- Silistreli OK, Durmus EU, Ulusal BG, Oztan Y, Görgü M. What should be the treatment modality in giant cutaneous lipomas? Review of the literature and report of 4 cases. *Br J Plast Surg* 2005; 58: 394-8.
- 6- Ramírez-Montaña L, Vargas-Tellez E, Dajer-Fadel WL, Espinosa Maceda S. Giant lipoma of the breast. *Arch Plast Surg* 2013; 40: 244-6.
- 7- Hakim E, Kolander Y, Meller Y, Moses M, Sagi A. Gigantic lipomas. *Plast Reconstr Surg* 1994; 94: 369-71.
- 8- Calhoun KH, Bradfield JJ, Thompson C. Liposuction-assisted excision of cervicofacial lipomas. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 113: 401-3.
- 9- Raemdonck D, De Mey A, Goldschmidt D. The treatment of giant lipomas. *Acta Chir Belg* 1992; 92: 213-6.