

**Lipome De L'index Avec  
Compression Nerveuse: A  
Propos D'un Cas Rare  
Avec Revue De La  
Littérature**

**Compressive lipoma of the  
index : about a rare case with  
review of the literature**

**Ben-aissi M, Hani R, Boufettal M, Lamrani MO,  
Berrada MS.**

---

## **RESUME**

Les lipomes sont des tumeurs bénignes à localisation ubiquitaire, mais ils sont extrêmement rares au niveau des doigts. Les lipomes digitaux sont généralement asymptomatiques, mais peuvent entraîner une limitation de la mobilité du doigt, une compression nerveuse se manifestant par douleurs et troubles sensitivomoteurs en aval, voire une compression vasculaire. Nous illustrons ici un cas de lipome de l'index entraînant une limitation de la mobilité digitale et une compression nerveuse. L'exérèse chirurgicale de la masse lipomateuse en préservant le nerf

Conflit d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec la rédaction de cet article.

\*Service de traumatologie-orthopédie, Hôpital Ibn Sina, Rabat, Maroc

collatéral et le pédicule intacts, a permis une disparition complète des symptômes, sans récurrence.

**MOTS-CLÉS:** Lipome, Index, Compression nerveuse.

## **ABSTRACT**

Lipomas are benign tumors with ubiquitous localization, but are extremely rare in the fingers. Digital lipomas are generally asymptomatic, but can lead to a limitation of the mobility of the finger, a nervous compression manifested by downstream pain and sensitivomotor disorders or even vascular compression. We illustrate here a case of lipoma of the index leading to a limitation of the digital mobility and a nerve compression. The surgical excision of the lipomatous mass, preserving the collateral nerve and the pedicle intact, allowed a complete disappearance of the symptoms without recurrence.

**Keywords:** Lipoma, Index, Nerve compression.

## **INTRODUCTION**

Le lipome est une tumeur bénigne qui se développe à partir du tissu adipeux abondant (1). Leur localisation est ubiquitaire, mais ils ne sont pas fréquents au niveau de la main (cinq pourcent), et ceux qui intéressent les doigts sont extrêmement rares avec une incidence ne dépassant pas 1% (2-4). Le premier cas de lipome du doigt a été publié en 1959 (5) et depuis, 16 cas ont été identifiés dans la littérature (2).

La symptomatologie clinique varie en fonction de sa localisation et de sa taille progressivement croissante entraînant un retentissement sur la mobilité digitale et un risque de complication neurologique.

Nous illustrons ici un cas de lipome intéressant l'index de la main droite et entraînant une limitation de la mobilité digitale ainsi qu'une hypoesthésie et des paresthésies du doigt.

## **OBSERVATION CLINIQUE**

Il s'agit d'un patient de 52 ans, de sexe masculin, agriculteur de profession, droitier et sans antécédent pathologique particulier en dehors d'un tabagisme chronique chiffré à 20 paquets-année. Ce patient présentait une tuméfaction de l'index droit, apparue 18 mois auparavant. Elle était asymptomatique jusqu'à 12 mois, lorsque le patient a commencé à se plaindre d'une hypoesthésie associée à des paresthésies du bord latéral et du bout de l'index, avec limitation des amplitudes articulaires au niveau de l'interphalangienne proximale surtout en flexion et des difficultés à la préhension. À l'examen clinique, il présentait une masse de 5 cm x 4 cm, de consistance molle fluctuante, mobile par rapport au plan profond, en regard de la première phalange, s'étendant de la face palmaire jusqu'à la face dorsale tout en traversant le bord latéral de l'index, sans signe cutané en regard (**Fig 1**). L'examen nerveux a révélé une hypoesthésie nette du bord latéral du doigt en regard de la deuxième et la troisième phalange et au niveau du bout de l'index.

La radiographie standard de la main a objectivé une opacification des parties

molles en regard de la première phalange, sans calcification ni atteinte osseuse (**Fig 2**). L'échographie a objectivé une masse tissulaire, d'échostructure proche de celle de la graisse sous-cutanée, hypovascularisée au doppler pulsé, mesurant 5,3 x 3,9 cm, bien limitée, avec un aspect bilobé.

Le geste chirurgical s'est déroulé sous anesthésie locorégionale, la masse a été abordée par une double incision ; une dorsale linéaire dans l'axe de la première phalange et l'autre ventrale en zigzag tout en gardant un intervalle d'environ deux centimètres entre les deux incisions. Le nerf collatéral latéral était complètement refoulé en dehors tout en étant étroitement adhérent à la masse tumorale, alors que le pédicule a été refoulé en postéro-latéral (**Fig 3 et 4**). La masse était accolée au tendon extenseur et à la gaine du tendon fléchisseur. Une dissection soigneuse et prudente autour de la masse a permis de la réséquer en monobloc tout en gardant le nerf collatéral latéral et le pédicule latéral intacts (**Fig 5 et 6**).

Les suites opératoires ont été simples. L'examen histologique a confirmé la nature lipomateuse bénigne de la tumeur.

Avec un recul de neuf mois, la fonction du doigt est excellente et le patient n'a présenté aucune récurrence.

## **DISCUSSION**

Les lipomes sont des tumeurs bénignes constituées de graisse mature (1). Ils constituent une pathologie courante et leur localisation est ubiquitaire, mais ils sont peu fréquents au niveau de la main et sont extrêmement rares au niveau des doigts avec une fréquence ne dépassant pas un



**Fig 1:** Aspect clinique du lipome de l'index.



**Fig 2:** Radiographie de la main montrant l'ombre tumorale sans calcification ni atteinte osseuse.



**Fig 4:** Voie d'abord dorsale avec dissection autour de la masse lipomateuse.



**Fig 5:** La masse lipomateuse réséquée en monobloc.



**Fig 3:** Image peropératoire montrant la masse adhérente au nerf digital collatéral latéral.



**Fig 6:** Double voie d'abord dorsale et ventrale préservant le pédicule vasculo-nerveux de l'index.

pourcent de l'ensemble des lipomes de l'organisme.

Selon le comité de l'OMS pour la classification des tumeurs des tissus mous (6), ils sont classés en neuf entités anatomopathologiques: lipome, lipomatose, lipomatose du nerf, lipoblastome, lipome chondroïde, angioliipome et myoliipoma des tissus mous. Ils peuvent également toucher l'os : le lipome para-ostéal et le lipome intra-osseux. Elles peuvent également affecter les articulations et les tendons, soit sous forme focalisée, ou plus fréquemment diffuse (le lipome arborescent).

Leur évolution habituelle est une croissance lente, qui peut se stabiliser spontanément. Sur le plan fonctionnel, les lipomes digitaux sont généralement asymptomatiques, mais comme le cas de notre patient, les lipomes digitaux peuvent entraîner une compression nerveuse se manifestant par des douleurs et des troubles sensitivomoteurs en aval. Ces signes de compression nerveuse ne sont pas corrélés à la taille de la tumeur. Dans les séries consultées, une compression nerveuse a été observée pour des tumeurs de petite taille qui étaient adhérentes au nerf ou bien traversées par les branches nerveuses (5,6). Théoriquement, les lipomes digitaux peuvent même entraîner une ischémie distale par compression; chose qui n'a pas été rapportée dans la littérature. Par leur taille, les lipomes peuvent occasionner une limitation de la mobilité digitale avec des difficultés de la préhension. Ils peuvent également être responsables d'une déviation latérale des doigts quand ils se situent en regard des articulations métacarpophalangiennes ou interphalangiennes.

Sur le plan physique, ils se traduisent habituellement par une masse molle, régulière et mobile. Posch (8) a décrit un test clinique basé sur l'application de la glace sur la masse tumorale, entraînant une modification de la consistance tumorale qui devient solide en cas de lipome.

L'IRM est l'examen de référence dans les tumeurs des parties molles, du fait de sa haute sensibilité. Elle précise la nature de la lésion, son extension locale et ses rapports avec les éléments vasculo-nerveux. L'aspect caractéristique du lipome est une image bien limitée en hypersignal dans les séquences T1 et T2, comportant dans certains cas des septa fibreux ou des calcifications (10,11).

Le diagnostic différentiel se pose avec les autres tumeurs des tissus mous, principalement liposarcome (4), qui reste le diagnostic différentiel le plus dangereux. Son aspect clinique est très variable, allant d'une simple masse ovoïde lisse évoquant un lipome, à un aspect hétérogène irrégulier caractéristique des tumeurs malignes. Le liposarcome se différencie du lipome par son évolution rapide. L'IRM peut apporter des arguments différenciant le lipome du liposarcome. Le lipome contient toujours plus de 75 % de graisse pure contrairement au liposarcome qui contient moins de 75 % de graisse ou contient de multiples nodules non graisseux.

Au niveau digital, l'exérèse marginale reste le traitement de choix des lipomes bénins. Le repérage et la dissection des éléments vasculo-nerveux doivent être soigneux afin d'éviter toute lésion

vasculaire ou nerveuse iatrogène. L'exérèse doit être la plus complète possible afin de minimiser le risque de récurrence locale, quoique celles-ci restent exceptionnelles (2,7, 11).

## CONCLUSION

Les lipomes de la main, et plus encore ceux des doigts, sont très rares. Au niveau digital, le rapport étroit avec les structures vasculo-nerveuses collatérales peut entraîner des troubles sensitivomoteurs en aval et implique une grande prudence lors de la dissection, afin d'éviter toute lésion iatrogène de ces éléments.

## REFERENCES

- 1- Calandruccio JH, Jobe MT. In: Canale ST, editor. Campbell operative. Orthopaedics. Volume 4. 9th edition, St. Louis: Mosby-Year Book, Inc; 1998. p. 3704–5.
- 2- Fnini S, Hassoune J, Largab A. Lipome géant de la main. *Rev Chir Main* 2010;29(1):44–7.
- 3- Chronopoulos E, Ptohis N, Chalazonitis A. Patient presenting with lipoma of index finger. *Cases journal* 2010;3:20. doi: 10.1186/1757-1626-3-20.
- 4- Parwez S, Humera H. Lipoma of the Middle Finger Hampering its Movements. *J Hand Microsurg.* 2011 Jun; 3(1): 42–43.
- 5- De Giorgi V, Salvini C, Sestini S, Alfaioli B, Carli P. Lipoma of the finger: a case report and differential diagnosis. *Clin Exp Dermatol* 2005;30: 439–40.
- 6- Christopher D, Unni K, Mertens F. Adipocytic tumors. In: WHO classification of tumors. Pathology and genetics: tumors of soft tissue and bone. Lyon, France: IARC; 2002. 19–46.
- 7- I. Abkari , A. El Abidi, M. Latifi. Giant Lipoma of the third finger: A case report. *Chirurgie de la main* 30 (2011) 152–154.
- 8- Posch JL. Tumors of the hand. *J Bone Joint Surg* 1956;38A(3):517–40.
- 9- Brooks ML, Mayer DP, Grannick MS, Rhoda CH. Parosteal lipoma of the finger: preoperative evaluation with computed tomography. *Comput Med Imaging Graph*, 1989;13(6):481–5.
- 10- Vico P, Heymans O, Goldschmidt D. Les lipomes des doigts. *Ann Chir Memb Super* 1993;12(5):352–5.
- 11- Purushottam K. Lipoma of the Ring Finger: A case report. *Int J Gen Med Surg* 2017; 1(1): 103.

