

**Les Lipomes Géants des
Parties Molles : A Propos
de Cinq Cas et Revue de la
Littérature**

**Giant Lipomas of the Soft
Parts: About Five Cases
and Review of the
Literature**

Ouzaa MR, Youssef J, Bennis A, Zadoug O, Zine A, Tanane M, Benchakroun M, Jaafar A.

RESUME

Le lipome solitaire est la plus fréquente tumeur des tissus mous. Il est qualifié de géant lorsque sa taille dépasse 10 cm ou qu'il pèse plus de 1000g. Le problème soulevé par cette tumeur est que rien ne ressemble plus à un lipome qu'un liposarcome de bas grade. Les auteurs rapportent cinq cas de lipomes géants des parties molles opérés dans le service de Traumatologie-Orthopédie I de l'HMIMed V de Rabat. Le but de ce travail est d'évaluer les méthodes diagnostiques et thérapeutiques des lipomes géants et de déterminer les éléments de diagnostic différentiel avec les tumeurs malignes.

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

* Service de Traumatologie-Orthopédie I, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc.

L'âge moyen des patients était de 56,6 ans avec une prédominance féminine (H/F=0,2). Les lésions siégeaient au niveau de la cuisse (trois cas); la hanche (un cas) et le bras (un cas). L'imagerie a objectivé la présence de lipome géant profond chez trois patients et sous cutané chez deux patients. Tous nos patients ont bénéficié d'une biopsie première suivie d'une exérèse chirurgicale complète. Le recul a montré une bonne évolution sans signe de récurrence. Le lipome géant est une volumineuse tumeur bénigne mésenchymateuse. Son diagnostic de certitude repose essentiellement sur l'examen histologique de la totalité de la pièce opératoire. Il présente une similitude radio-clinique avec le liposarcome de bas grade. L'exérèse chirurgicale reste son traitement de référence. La surveillance post-opératoire est impérative en raison des possibles récurrences et transformations malignes.

Le lipome géant est une tumeur bénigne fréquente. Les auteurs insistent sur l'importance de la biopsie pré-opératoire afin d'exclure en premier lieu un processus malin.

MOTS-CLÉS: Lipome géant, liposarcome, biopsie, exérèse chirurgicale.

ABSTRACT

Solitary lipoma is the most common soft tissue tumor. It is called giant when its size exceeds 10 cm or it weighs more than 1000g. The problem raised by this tumor is that nothing resembles a lipoma more than a low-grade liposarcoma. The authors report five cases of giant lipomas of the soft parts operated in the Department of Traumatology-Orthopedics I of HMIMed V Rabat. The aim of this work is to evaluate the diagnostic and therapeutic

methods of giant lipomas and to determine the elements of differential diagnosis with malignant tumors. The average age of patients was 56.6 years with a female predominance (M / F = 0.2). The lesions were at the thigh (three cases); hip (one case) and the arm (one case). Imaging showed the presence of deep giant lipoma in three patients and subcutaneous in two patients. All our patients underwent a first biopsy followed by a complete surgical excision. The decline showed good evolution without any signs of recurrence. The giant lipoma is a voluminous benign mesenchymal tumor. Its diagnosis of certainty rests essentially on the histological examination of the entire operating room. It presents a radiochemical similarity with low-grade liposarcoma. Surgical excision remains his reference treatment. Postoperative monitoring is imperative because of possible recurrences and malignant transformations.

The giant lipoma is a common benign tumor. The authors emphasize the importance of the preoperative biopsy in order to exclude in the first place a malignant process.

Key words: Giant lipoma, liposarcoma, biopsy, surgical excision.

INTRODUCTION

Le lipome est la tumeur bénigne la plus fréquente des parties molles, généralement de petite taille mesurant moins de cinq centimètres dans 80 % des cas (1). Il est qualifié de géants lorsque sa taille dépasse 10 cm ou qu'il pèse plus de 1000g (2), La malignité des tumeurs des parties molles est trop souvent sous-estimée. A travers cinq cas de lipomes géants des membres, nous discutons leur ressemblance radio-clinique avec le liposarcome bien différencié et leur prise en charge.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une série rétrospective de cinq patients opérés pour des lipomes géants

des parties molles colligés au service de Traumatologie-orthopédie 1 de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat.

Nous avons recueillie les données cliniques ; para cliniques et thérapeutiques de nos cinq patients. Les résultats cliniques obtenus sont affichés sur le tableau 1.

RESULTATS

L'âge moyen de nos patients était de 54 ans avec une nette prédominance féminine (80 %). Ils présentaient des tuméfactions au niveau des membres évoluant à bas bruit pendant une durée moyenne de neuf ans et ont consulté pour une gêne fonctionnelle des membres (cinq cas) et esthétique (trois cas). L'examen clinique à l'admission a objectivé la présence de tuméfactions localisées au niveau de la cuisse (trois cas) (Fig.1); le bras droit (un cas) (Fig.2) et la hanche droite (un cas). Par ailleurs, on a noté une limitation de la flexion du genou gauche chez une seule patiente.

Tableau 1: Caractéristiques cliniques des cinq cas de lipomes géants étudiés :

Patient	Sexe	Age (Année)	Durée des symptômes (Année)	Dimensions (cm)	Localisation
1	F	56	16	147x87x85	Cuisse
2	F	65	8	150x12x90	Cuisse
3	F	56	8	100x50x50	Bras
4	H	54	6	110x90x55	Hanche
5	F	52	7	140x100x75	Cuisse

H : Homme ; F : Femme

L'échographie des parties molles réalisée chez tous nos patients a objectivé la présence de masse hypoéchogène homogène bien limitée ; sous cutanées (deux cas) et profondes (trois cas). La taille des tuméfactions variait entre 100x50x50mm pour la plus petite et 150x12x90mm pour la plus grande

tuméfaction. Un seul patient a bénéficié d'un scanner de la tuméfaction qui a mis en évidence la présence d'une lésion de densité négative bilobée, bien limitée non modifiée par l'injection de produit iodé (Fig. 3). Les quatre autres patientes ont bénéficié d'une IRM qui a objectivé la présence d'une masse bien limitée en hyper signal T1 et T2 intramusculaire profonde (deux cas) et encapsulée sous cutanée avec présence de cloisons partielle et de fin septas (deux cas) (Fig. 4 et 5).



Fig.1 : (Cas 1). Lipome géant de la face externe de la cuisse gauche.



Fig.2 : Cas 2. Lipome géant sous cutanée de la face antérieure de la cuisse droite.

Tous nos patients ont bénéficié d'une biopsie première qui a mis en évidence la présence d'un tissu conjonctivo-adipeux avec la présence de remaniements

inflammatoires chroniques non spécifiques et absence de signe histologique de malignité en faveur d'un lipome mature (Figure 6a et 6b).

Une exérèse chirurgicale emportant la totalité des tuméfactions a été réalisée chez tous nos patients (Fig.7). Un cas d'hématome a été rapporté dans les suites opératoires d'une patiente et a été traité par la réalisation d'une ponction aspiration.

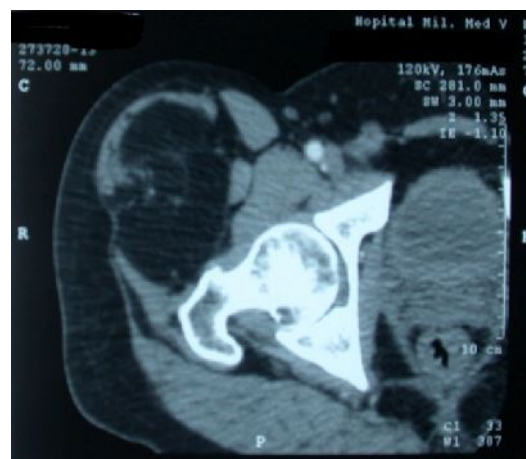


Fig.3: Cas 4. Scanner en coupe axiale montrant une lésion de densité négative siégeant au dessous du muscle fascia-lata, bien limitée, homogène, respectant les plans musculograsseux avoisinant, mesurant: 110x90x55mm en faveur d'un lipome géant.



Fig.4: Cas1. IRM en Coupes transversales, montrant une volumineuse masse profonde intra musculaire mesurant 147x87x85 cm au dépend du muscle vaste intermédiaire du quadriceps fémoral gauche, bien limitée en hyper signal T1 et T2 avec présence de cloison en hyper signal T1 en faveur d'un lipome géant.

L'étude anatomopathologique des pièces opératoire a confirmé la nature lipomateuse des tuméfactions.

A un recule moyen de cinq ans, tous nos patients ont présenté une évolution favorable sans rechute avec une disparition de la gêne fonctionnelle initiale et une satisfaction des patients de leur geste opératoire.



Fig.5: Cas 3. IRM en Coupes frontales montrant une volumineuse masse encapsulée mesurant 10x5x5cm, siégeant au niveau de la loge postéro-externe du bras droit et écartant les chefs musculaires de part et d'autre en faveur d'un lipome géant.

DISCUSSION

Les lipomes géants sont de volumineuses tumeurs bénignes mésoenchymateuses formées par des lobules graisseux à partir d'un tissu adipeux mature et dont l'étiologie exacte n'est pas encore élucidée. Certains auteurs parlent d'une hypothèse sporadique, ou pouvant rentrer dans le cadre de maladies génétiques (3), d'autres incriminent des désordres endocriniennes ou métaboliques (4) ou causes traumatiques entraînant la rupture des cloisons fibreuses facilitant le passage et la prolifération d'un tissu adipeux et la constitution de lipome (5).

Ils sont retrouvés le plus souvent chez la femme à cause d'une accumulation plus importante du tissu adipeux (6).

En raison de leurs tailles ainsi que leurs poids excessifs et en fonction de leurs situations anatomiques au niveau des membres dans des loges inextensibles, les lipomes géants peuvent comprimer les structures vasculo-nerveuses adjacentes et entraîner une limitation de la mobilité ; un

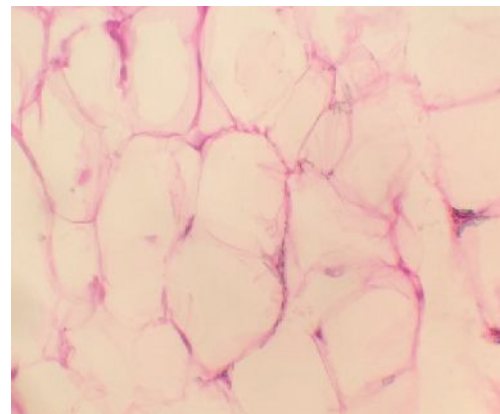
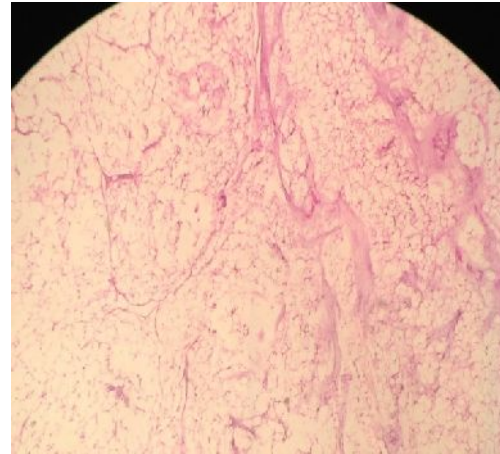


Fig.6a,b : Cas 1. Aspects microscopiques du lipome géant avec présence d'adipocytes matures et de bandes de collagène.



Figure 7 : Cas 1 : Aspect per-opératoire du lipome géant.

lymphoedème ou un syndrome douloureux compressif (7). Par ailleurs, ils présentent un risque non négligé de transformation sarcomateuse et peuvent prêter confusion avec le liposarcome de bas grade appelé encore (liposarcome bien différencié lipoma-like) (8) de fréquence variable (1,1 à 2,5/1000 000) survenant entre 50 et 70 ans (9).

Il est donc nécessaire de rechercher les éléments qui sont inhabituels pour une lésion bénigne évitant un traitement inadéquat qui serait préjudiciable pour le pronostic du malade. Ainsi, un bilan radiologique initial hiérarchisé comportant une radiographie standard ; une échographie puis une IRM et compléter obligatoirement par une biopsie permettra de poser le diagnostic de lipome géant et de suspecter les éléments en faveur d'une étiologie maligne dont la fréquence est non négligeable (10).

L'IRM du fait de sa haute sensibilité s'avère d'un apport intéressant dans l'orientation diagnostique des tumeurs des parties molles mais aucun critère morphologique ou de signal n'est totalement spécifique (11,12). Ainsi le lipome géant apparaît sous l'aspect d'une masse homogène, bien limitée avec un hypersignal (similaire au tissu sous cutané) aussi bien en séquence pondérale T1 qu'en T2 et très bien individualisé par rapport aux muscles voisins ne prenant pas le contraste après injection de Gadolinium. Elle permet par ailleurs de les classer en fonction du nombre de septas et de la présence de composante nodulaire (9).

La biopsie préopératoire est le seul examen pouvant poser le diagnostic de lipome avec certitude dont l'analyse histologique permet de mettre en évidence la présence de cellules adipeuses matures univacuolées, sans aucune atypie cellulaire.

Au terme de ce bilan initial effectué, la malignité est suspecter devant : une taille

supérieure à cinq cm ; une localisation profonde, un caractère hétérogène à l'échographie, une présence de septas fibreux linéaires épais ou nodulaires de bas signal à l'IRM, un refoulement des structures adjacentes (13) et une augmentation de volume régulière.

Le traitement de choix des lipomes géants est l'exérèse chirurgicale ; elle permet l'ablation complète du lipome ; prévient la récurrence et évite les manipulations intempestives sur les tissus voisins (14). L'abord des lipomes géants superficiels est généralement aisé, toutefois, ceux qui sont profonds et infiltrant représentent un véritable défi diagnostique et thérapeutique (15). Cette résection peut être marginale en l'absence de signes de présomption de malignité cliniques et radiologiques, dans le cas contraire, il faut agir en toute sécurité et faire une résection chirurgicale large qui réduit nettement le risque de récurrence locale.

La lipoaspiration complète du lipome géant constitue une alternative thérapeutique déjà reportée (16), cependant, elle ne le fera jamais disparaître totalement et présentera un risque important de récurrence (17). Par ailleurs, cette attitude thérapeutique n'est pas de pratique courante dans notre service.

L'évolution du lipome géant après exérèse chirurgicale est généralement favorable (14). La récurrence est exceptionnelle après exérèse complète (18).

CONCLUSION

Devant un lipome géant, le premier diagnostic à éliminer systématiquement est un liposarcome bien différencié. La biopsie chirurgicale est toujours recommandée devant des examens radiologiques qui ne peuvent en aucun cas affirmer le diagnostic de bénignité de la masse avec certitude, mais aussi en cas de critères de présomption faisant suspecter une tumeur maligne.

La résection chirurgicale reste son traitement de référence. La surveillance post-opératoire est de règle pour exclure une récurrence locale qui expose au risque de nécrose intratumorale et de dégénérescence maligne.

REFERENCES

1. Kransdorf MJ, Murphey MD. Lipomatous tumors. *Imaging of soft tissue tumors*. W.B Saunders Company edit. 1997; p. 57-101.
2. Sanchez MR, Golomb FM, Moy JA, Potozkin JR. Giant lipoma: case report and review of the literature. *J Am Acad Dermatol*. 1993; 28: 266-268.
3. Pinski KS, Roenigk Jr HH. Liposuction of lipomas. *Dermatol Clin*. 1990; 8: p.483.
4. Turc-Carel C, Dal Cin P, Boghosian L, Leong SP, Sandberg AA. Breakpoints in benign lipoma may be at 12q13 or 12q14. *Cancer Genet Cytogenet* 1988 Nov;36(1):131-5
5. Meggit BF, Wilson JN. The battered buttock syndrome: fat fractures: a report on a group of traumatic lipomata. *Br J Surg* 1972 Mar; 59(3):165-9
6. 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.
7. Terzioglu 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 Mar;30(3):463-7
8. Takayuki O, Aoki T, Hisaoka M, Watanabe H, Nakamura K, Hashimoto H, Nakamura T And Nakata H. Differential Diagnosis Of Benign Peripheral Lipoma From Well-Differentiated Liposarcoma On MR Imaging: Is Comparison Of Margins And Internal Characteristic Useful? Japan: University Of Occupational And Environmental Health, Iseigaoka J 1-1, Yahatanisi-ku, Kitakyushu-shi, Department Of Radiology; 2003. Report No.: 807-8555.
9. Laurino L, Furlanetto A, Orvieto E, Del Tos AP. Well-differentiated liposarcoma (atypical lipomatous tumors). *Semin Diagn Pathol* 2001; 18(4):258-62.
10. Kransdorf MJ, Murphey MD. Lipomatous tumors. *Imaging of soft tissue tumors*. W. B Saunders Company edit. 1997; p. 57-101.
11. Crim JR, Seeger LL, Yao L, Chandnani V, Eckardt JJ. Diagnosis Of soft-tissue masses with MR imaging: can benign masses be differentiated from malignant ones. *Radiology*. 1992; 185: p. 581-6.
12. Moulton JS, Blebea JS, Dunco DM, Braley SE, Bisset GS, 3rd, Emery KH. MR Imaging of soft-tissue masses: diagnostic efficacy and value of distinguishing between benign and malignant lesions. *AJR Am J Roentgenol*. 1995; 164: P. 1191-9.
13. Terzioglu A, Tuncali D, Yuksel A, Et al. Giant lipomas : A series of 12 consecutive cases and a giant liposarcoma of the thigh. *Dermatol Surg*. 2004;30:p.436-437.
14. Ozlem S, Ebru D, Betul U, et al. What should be the treatment modality in giant cutaneous lipomas. Review of the literature and report of 4 cases. *BJPS*. 2005; 58: p. 394-398.
15. Hussain A, Mahmood H. Ulcerated giant lipoma of the right thigh. *The Internet Journal of Surgery*. 2007;11(1).
16. Nichter LS, Gupta BR. Liposuction of giant lipoma. *Ann Plast Surg* 1990; 24:362-5.
17. Gohar A. SALAM, M.D., D.O. Lipoma excision. *Michigan State University, East Lansing, Michigan Am Fam Physician*. 2002; 1(65): p. 901-905.
18. Billing V, Mertens F, Domanski H, Rydholm A. Deep-seated ordinary and atypical lipomas: histopathology, cytogenetics, clinical features, and outcome in 215 tumours of the extremity and trunk wall. *J Bone Joint Surg Br*. 2008; 90(7): p. 929-933.

