



Clinical case

Lipome Géant Fessier Ulcéré chez un Sexagénaire après un Traitement Traditionnel

Ulcerated giant gluteal lipoma in a sexagenarian following a non-successful traditional treatment

Dembélé B^{1*}, Daou M B², Diarra L¹, Konaté¹, Coulibaly M¹, Touré O¹, Diallo O¹, Tangara K¹, Dembélé B T²

1. Service de chirurgie du Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM)
2. Département de chirurgie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

*** Auteur correspondant :**

Dr Dembele Bertin, Chirurgien plasticien au Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM), Bamako-Mali. Tel (0223) 98624693. BP : 251
E-mail: bertindembele@yahoo.es

Mots clés : Lipome géant, pauvreté, Exérèse

Key words: Giant lipoma, poverty, Exeresis

RÉSUMÉ

Le lipome est une tumeur de type mésenchymateux et il est considéré géant, s'il mesure au moins 10 cm de grand axe ou pèse au moins 1000 grammes. Il s'agit d'une occurrence rare. Nous rapportons le cas d'un patient de 69 ans avec un lipome géant ulcéré après un traitement traditionnel non réussi. Le traitement chirurgical a consisté en l'exérèse totale de la masse. La pièce chirurgicale mesurait 23 x 15 x 12 cm et pesait 2070 grammes. Les suites opératoires ont été simples. Le traitement traditionnel peut amener des difficultés de diagnostic clinique. Le traitement définitif reste éminemment chirurgical.

ABSTRACT

Lipoma is a mesenchymal tumor that is considered giant if it measures more than 10 cm in its largest dimension or weighs more than 1000 grams. Such occurrences are rare. We report the case of a 69-year-old patient with a ulcerated giant ten-year-old lipoma after unsuccessful traditional treatment. Surgical treatment consisted in total tumor excision. The excised piece measured 23 x 15 x 12 cm and weighted 2070 grams. The postoperative course was simple. Traditional treatment can induce transformations that make the clinical diagnosis of lipoma more difficult. However, the definite treatment is surgical.

INTRODUCTION

La région fessière est un site fréquent de développement de diverses tuméfactions généralement bénignes [1]. Parmi elles, le lipome est une tumeur de type mésenchymateux, observée dans les deux sexes, mais surtout chez les femmes [2]. Mais pour pour certains auteurs, il n y a pas de prédominance de sexe ou de race. Le lipome survient entre 40 et 60 ans [3]. Les lipomes peuvent être localisés partout sur le corps [3,4] et peuvent être classifiés en superficiels et profonds en se basant sur le site d'origine [4]. Le plus fréquent c'est que les superficiels se localisent au niveau du dos, les épaules, le cou, les bras, les fesses, les cuisses ; les profonds au niveau des mains, les pieds et la paroi thoracique [2]. Beaucoup de lipomes ont de moins de 5 cm [4]. Pour qu'un lipome soit considéré géant, il doit mesurer au moins 10 cm dans sa plus grande dimension ou peser au moins 1000 grammes [3,5]. Les lipomes avec ces dimensions sont rencontrés avec peu de fréquence et doivent être différenciés des liposarcomes ou autres

tumeurs des parties molles [5]. Une incidence annuelle de 1 pour 1000 personnes est estimée. Cela est plus probablement une sous estimation par ce que les médecins ne les prêtent attention que quand ces lésions deviennent cosmétiquement déplaisantes, causent de douleurs ou portent atteinte à la fonctionnalité [4]. Les grandes tailles de lipomes sont hors du commun car leur taille se limite habituellement à 2 cm de diamètre sans dépasser une aire de 10 cm². Occasionnellement ils peuvent atteindre de grandes proportions caractérisant les dénommé lipomes géants. Ces derniers qui étaient déjà peu fréquent dans le passé, le sont encore moins dans la pratique clinique courante actuelle [6].

Nous rapportons le cas d'un patient de 69 ans avec un lipome géant de dix ans d'évolution environ qui après un traitement traditionnel non réussi s'est tourné vers la médecine moderne pour une meilleure prise en charge. Cette observation révèle que par ignorance ou par manque de moyen les patients entreprennent des traitements traditionnels qui leur font courir des risques d'augmentation de morbidité face à certaines pathologies.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient de 69 ans, ouvrier sans antécédents médicochirurgicaux particuliers qui a consulté pour une masse entre les fesses. Le début de la maladie remonterait à plus de 10 ans, marqué par l'apparition d'une petite masse au niveau de la fesse gauche qui au fil du temps a pris de l'ampleur jusqu'à une croissance préoccupante les trois dernières années précédant sa consultation. Par peur, il avait une consultation hospitalière, mais suivait un traitement traditionnel son spécifié et sans succès. Devant l'échec dudit traitement, l'augmentation progressive de la taille de la masse, l'inconfort fonctionnel et l'apparition d'une plaie, il a consulté au service de dermatologie de notre centre qui l'a référé dans notre service pour meilleure prise en charge.

L'examen physique a montré une masse de consistance ferme, indolore, légèrement adhérente au dépend de la fesse gauche avec une ulcération en sa portion inférieure qui mesurait 3x5x2 cm (**Figure 1**). Le bilan préopératoire était sans particularité. Le traitement chirurgical a consisté en l'exérèse totale de la masse. La pièce chirurgicale mesurait 23 x 15 x 12 cm pour un poids de 2070 g (**Figure 2**). L'examen anatomopathologique a confirmé les mesures antérieures et a décrit une consistance ferme de la peau, un aspect jaunâtre de la tranche du point de vue macroscopique. Microscopiquement, il a été trouvé une prolifération tumorale faite d'adipocytes et de tissu musculaire lisse sans atypie et l'épiderme était régulier. L'étude a conclu l'aspect histologique d'un myolipome. Les suites opératoires ont été simples et avec une cicatrisation satisfaisante tempérée par un aspect inesthétique localisé (**Figure 3**).



Figure 1 : La tumeur en préopératoire avec une ulcération 3x5x2 cm due au traitement traditionnel

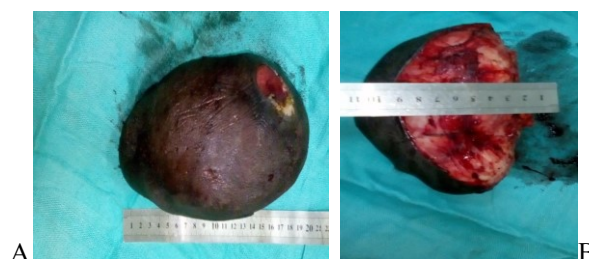


Figure 2 : Pièces opératoires. A : vue de grand axe
B : Vue de petit axe

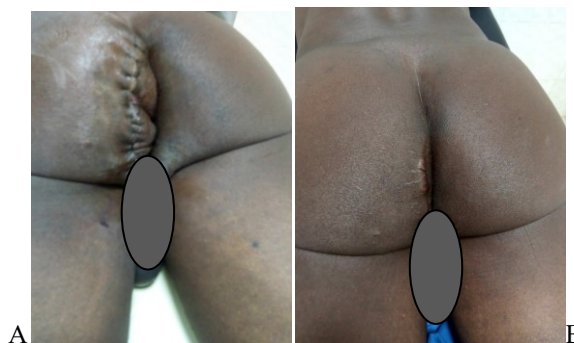


Figure 3 : Postopératoire. A : Postopératoire immédiat
B : postopératoire à un an d'évolution

DISCUSSION

Les lipomes sont fréquents en général, mais les lipomes géants sont rares dans la pratique clinique actuelle [5]. Dans le passé, des cas isolés ont été décrits dans la littérature. C'est ainsi qu'en 1998, Prieto Acetta et al ont publié deux cas de lipome géants au niveau fessier chez un homme de 65 ans et une femme de 42 ans de respectivement 3,9 et de 3,1 kg. Gabriel et al ont trouvé un cas de 24 x 11 x 10 centimètres avec un poids 1255 g au niveau de la cuisse [5]. Le cas que nous rapportons est remarquable par sa taille qui était de 23x15x12 cm pour un poids de 2070 g, avec la particularité ici d'avoir subi un traitement traditionnel qui l'avait durci et ulcéré au point de nous avoir fait évoquer un processus malin jusqu'à l'obtention du résultat de l'étude histologique.

Dans la plupart des cas, le lipome peut être correctement diagnostiqué par l'examen clinique [7,8]. Souvent, l'exploration commence par l'échographie des parties molles et la radiographie simple, techniques non spécifiques. En effet, l'IRM est l'étude d'élection permettant de bien évaluer la tumeur et ses rapports avec les structures musculaires, osseuses et les nerfs présents [1]. Dans le cas de notre patient, l'IRM n'a pas été réalisée à cause de son coût élevé. Les diagnostics différentiels du lipome géant varient en fonction de la localisation [8]. Les lipomes géants doivent être différenciés des liposarcomes, des fibrohistiocitomes malins et autres tumeurs des parties molles du fait de leurs similitudes en taille [5]. Le fait de ne pas distinguer un liposarcome d'un lipome peut représenter un écueil médico-légal [4]. L'excision

chirurgicale d'un lipome constitue souvent une modalité définitive de traitement [4]. La récurrence est rare (2-5 %) et nécessite une surveillance postopératoire au long cours [9]. Les autres traitements décrits varient de la liposuction aux injections de stéroïdes [4]. La liposuction est souvent préférée à l'excision qui a tendance à générer des cicatrices. Le taux de récurrence peut être élevé comparativement à l'excision si le résidu de la tumeur (capsule incluse), reste après la procédure [4]. Dans notre service, nous avons de bons résultats avec la liposuction, mais le choix des patients doit être judicieux et la maîtrise de la technique est indispensable pour la qualité du résultat et sans récurrences. L'injection des stéroïdes est souvent utilisée pour le traitement des lipomes de petite taille, mais plusieurs séances de traitement sont nécessaires et il y a un risque de dépigmentation de la peau qui recouvre le lipome [4].

Dans la littérature, nous n'avons pas trouvé de texte faisant état d'une méthode traditionnelle de traitement. Tous les patients que nous avons vus dans notre pratique et qui avaient tenté un traitement traditionnel ont connu des mauvais résultats, à l'instar de ce cas précis. Ces traitements ont plutôt rendu difficile la décision thérapeutique et l'ont parfois modifiée, nous amenant à être plus radical, ce qui augmente la morbidité. Notre avis est qu'il n'existe pas de traitement traditionnel capable d'éliminer les lipomes et nous déconseillons fermement ces pratiques.

CONCLUSION

Les lipomes géants sont rares de nos jours. Le traitement traditionnel peut provoquer des transformations qui rendent difficile le diagnostic clinique qui est essentiel pour un patient qui ne pourrait pas se payer une IRM comme examen d'élection. Devant des cas de lipome géant ayant subi une transformation quelconque il convient de penser à un processus malin en faisant le diagnostic différentiel avec le liposarcome. Le traitement reste chirurgical avec possibilité d'étude histologique de la pièce opératoire permettant d'écarter un processus malin.

Conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

1. Jhonatan R. R, et al. Glutectomía como tratamiento de los sarcomas glúteos: revisión de la técnica quirúrgica y nuestra experiencia. *Revista Venezolana de Oncología*, 2018, 30(3), ISSN: 0798-0582 / 2343-6239
2. Manterola, C. Lipoma glúteo gigante. Reporte de un caso. *Int. J. Med. Surg. Sci.*, 1(3):213-216, 2014.
3. 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: 436-7.
4. CR Medina, S Schneider, A Mitra, J Spears, A Mitra. Giant submental lipoma: Case report and review of the literature. *Can J Plast Surg* 2007; 15(4):219-222.
5. Gabriel Salum d'Alessandro et al. Lipoma intermuscular gigante: relato de caso. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2008; 23(3): 226-8
6. Pietro Acetta et al. Lipomas gigantes. *Rev. Col. Bras. de cirurgiões* ; xxv (5) ; 1998 :359-361
7. A. T. Odoi et al. Vulvar lipoma. *GHANA MEDICAL JOURNAL*. 2011 ; 45(3) :125-127
8. Heid E, Chartier C. Lipomes cutanés, lipomatoses, lipodystrophies. *Encycl Méd Chir* 2002;98:615-A-10.
9. Verdín V, Preud'homme L, Lemaire V, Jacquemin D. Lipome géant dorsal. *Rev Med Liège* 2009;64:414-7.