

Atypical Interpectoral Lipoma: A Case of Rare Localization and Clinical Implications

J. Rahmouni , J . Abbou , B.Idrissi , N.Mamouni , S.Errarhay , C.Bouchikhi A.Banani

service de gynécologie obstétrique 1 CHU HASSAN II FES

Abstract: The document titled "Atypical Interpectoral Lipoma: A Case of Rare Localization and Clinical Implications" provides a comprehensive analysis of a lipoma with an atypical localization. It focuses on the clinical, diagnostic, and therapeutic aspects, highlighting the importance of MRI in the differential diagnosis. The document addresses the challenges associated with surgical excision, particularly when lipomas are located near vital structures.

Keywords—lipoma - surgery - rare localization

Lipome Interpectoral Atypique : Un Cas de Localisation Rare et Implications Cliniques

résumé: Le document intitulé "Lipome Interpectoral Atypique : Un Cas de Localisation Rare et Implications Cliniques" fournit une analyse approfondie sur un lipome de localisation atypique. Il se concentre sur l'aspect clinique, diagnostique et thérapeutique, soulignant l'importance de l'IRM dans le diagnostic différentiel. Le document aborde les défis liés à l'exérèse chirurgicale, particulièrement lorsque les lipomes sont situés près de structures vitales.

Mots clés—lipome - chirurgie -localisation rare

1. INTRODUCTION

Les lipomes, communément reconnus comme des tumeurs bénignes du tissu adipeux, habituellement localisés dans les régions sous-cutanées des membres supérieurs, du tronc et du cou, ces tumeurs se caractérisent par leur croissance lente et leur nature généralement indolore.

Cependant, les lipomes de localisation atypique, bien que moins courants, posent un défi diagnostique et thérapeutique significatif en raison de leur présentation clinique inhabituelle et de leur potentiel de mimer les tumeurs malignes.

Cet article se propose d'explorer les aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques d'un lipome de localisation atypique.

L'importance de l'imagerie, notamment l'imagerie par résonance magnétique (IRM), dans le diagnostic différentiel des lipomes atypiques est discutée, soulignant sa capacité à distinguer les lipomes des autres masses adipeuses.

Les défis liés à l'exérèse chirurgicale, en particulier dans les cas où les lipomes atypiques sont situés près de structures vitales ou sont de taille considérable, sont également discutés.

Bien que les lipomes soient généralement considérés comme des entités bénignes et non problématiques, les lipomes de localisation atypique nécessitent une attention particulière en raison de leur présentation clinique inhabituelle et de leur potentiel de complications. Cette revue vise à

enrichir la compréhension de ces tumeurs rares, facilitant ainsi un diagnostic précis et une prise en charge appropriée.

2. OBSERVATION

La patiente de 51 ans, a été précédemment traitée par hystérectomie interannexielle pour un fibrome utérin.

Elle se présente pour une masse mammaire évolutive depuis 10 ans, l'examen clinique révèle une patiente en bon état général (OMS 0), avec une asymétrie mammaire caractérisée par une masse de 8 cm au sein gauche, molle et mobile en surface mais adhérente en profondeur, sans anomalie notable dans les aires ganglionnaires.

L'échographie mammaire réalisée a évoqué un lipome atypique au niveau du quadrant supéro-externe (QSE) du sein gauche, nécessitant une corrélation avec les données d'une IRM pour une évaluation plus approfondie.

L'IRM mammaire a suggéré un lipome intramusculaire entre les muscles pectoraux gauches. Toutefois, la possibilité d'une dégénérescence bien différenciée ne peut être exclue, compte tenu de sa localisation sous-aponévrotique et de sa taille supérieure à 5 cm, ainsi que de la présence d'une cloison. (figure 1)

Face à cette situation, on a pris la décision de procéder à une tumorectomie large. Cette intervention chirurgicale vise à enlever la masse tout en préservant le reste du tissu entourant autant que possible.

La chirurgie permettra une analyse histologique plus précise de la masse pour confirmer son caractère bénin ou

malin et de déterminer la nécessité d'un traitement complémentaire.

Lors de l'intervention chirurgicale, une approche méthodique de décollement de proche en proche a été adoptée.

Après le repérage du muscle grand pectoral, ce qui est une étape clé pour assurer un accès sécurisé à la zone ciblée, la dissection a ensuite progressé de manière systématique, séparant minutieusement les muscles grand et petit pectoral. Cette étape est cruciale pour éviter des dommages aux structures musculaires et pour un accès optimal à la masse sans effraction.

Une fois les muscles séparés, la masse a été localisée. Elle mesurait 10 cm, présentait une consistance molle et bien encapsulée, ce qui indique une séparation claire entre la tumeur et les tissus environnants. (figure 2)

Le décollement a alors été entrepris de proche en proche autour de la masse, en commençant par la partie supérieure, puis en se déplaçant vers les parties interne, externe et inférieure.

Il est important de noter que la masse était fortement adhérente aux côtes dans sa partie profonde. Cette adhérence a nécessité une libération délicate et méthodique, permettant d'exposer la face antérieure de la côte sans causer de dommages. Cette étape peut être particulièrement délicate en raison de la proximité de structures osseuses et du risque de complications.

Le résultat anatomo-pathologique finale était en faveur d'une prolifération tumorale adipo-cytaire bien différenciée avec la biologie moléculaire qui a conclu un lipome



figure 1 : image IRM du lipome (*)



figure 2: photo du lipome

3. DISCUSSION

Les lipomes, reconnus comme des néoplasies mésenchymateuses bénignes, se caractérisent principalement par leur composition en cellules graisseuses matures, avec une variabilité dans la présence d'une capsule de tissu conjonctif les entourant. Ces tumeurs fréquentes sont typiquement de consistance ferme et élastique, et peuvent varier en taille.

Bien que généralement isolées, elles peuvent également apparaître sous forme multiple.

Leur localisation prédominante au niveau du cou et du tronc les rend palpables, bien que la peau qui les recouvre soit souvent d'apparence normale.

Bien que moins fréquents que les lipomes sous-cutanés, les lipomes profonds se rencontrent fréquemment à l'intérieur des muscles (lipomes intramusculaires) ou entre eux (lipomes intermusculaires), avec une prédominance pour l'origine intramusculaire par rapport à la variante intermusculaire.

Ces lipomes peuvent toucher simultanément le muscle et le tissu conjonctif intermusculaire.

Sur le plan clinique, ces masses se manifestent généralement comme des formations indolores à croissance lente.

Cependant, dans certains cas, elles peuvent connaître une croissance rapide, entraînant des symptômes de compression nerveuse.

En termes de prévalence, les adultes, et en particulier ceux en surpoids ou obèses, sont plus fréquemment affectés par les lipomes.

De plus, un lien a été observé entre les lipomes et les antécédents de traumatisme.

Toutefois, des difficultés diagnostiques peuvent survenir dans les cas de grandes tailles ou de modifications structurelles significatives.

Le diagnostic de lipome en imagerie est principalement établi grâce aux séquences pondérées en T1 en IRM, où ces tumeurs présentent typiquement un hypersignal dû à leur riche teneur en graisse.

Cependant, dans environ 16 % des cas, l'hypersignal T1 des lipomes n'est pas uniformément homogène, et certaines zones au sein de la tumeur peuvent apparaître en hyposignal.

Lorsque ces zones en hyposignal se rehaussent, ce qui se produit dans environ 10 % des cas, cela peut indiquer la présence de cellules autres que des adipocytes.

Cette particularité est d'autant plus suspecte lorsque ces zones se présentent sous forme de septas ou de nodules. Dans de tels cas, la crainte se porte vers un liposarcome bien différencié, également connu sous le nom de lipome atypique.

Ces caractéristiques signalent la nécessité d'une évaluation attentive en cas d'aspects hétérogènes au sein d'un lipome, en particulier lorsqu'il y a présence de rehaussement après injection de produit de contraste.

Cette distinction est cruciale pour éviter les erreurs de diagnostic et pour s'assurer que les patients reçoivent le traitement approprié, en particulier dans les cas où un liposarcome bien différencié est suspecté.

Sur le plan immuno-histochimique, les adipocytes de ces lipomes se caractérisent par un marquage intense, à la fois cytoplasmique et nucléaire, pour la protéine PS100.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) décrit plusieurs variantes histologiques de lipomes ; Parmi elles, on trouve l'angiolipome : caractérisé par une présence significative de vaisseaux sanguins, le myolipome : composé de tissu adipeux et de tissu musculaire, le lipoblastome : qui se distingue par la présence de lipoblastes, le lipome à cellules fusiformes et pléomorphes présentant des cellules de formes variées, l'hibernome qui ressemble au tissu adipeux brun, et enfin, le lipome chondroïde, qui contient des éléments ressemblant au cartilage.

En dépit de leur nature bénigne, les lipomes peuvent nécessiter une intervention chirurgicale pour diverses raisons, notamment une augmentation de taille, la présence de douleur, ou pour des considérations esthétiques.

Les options de prise en charge varient de la surveillance à l'exérèse chirurgicale, en fonction de la taille, de la localisation, et des symptômes du patient.

4. CONCLUSION :

En conclusion, les lipomes, bien que bénins, peuvent présenter des défis uniques en raison de leur localisation inhabituelle et de leur proximité avec des structures vitales.

L'intervention chirurgicale que nous avons décrite illustre la nécessité d'une approche minutieuse et d'une dissection précise, surtout lorsque la tumeur est intimement adhérente à des structures profondes comme les côtes.

Cette étude souligne également le rôle crucial de l'imagerie avancée, telle que l'IRM, pour distinguer les lipomes atypiques des autres masses, et pour aider à planifier l'intervention chirurgicale. De plus, elle met en évidence l'importance d'une analyse histologique postopératoire pour confirmer la nature bénigne de la tumeur et pour exclure un liposarcome bien différencié.

5. REFERENCES

- [1] Vico P, Heymans O, Goldschmidt D. Lipomes des doigts. *Ann Chir Main Membr Super* 1993;12:352—5.
- [2] Kim BS, Lee KB, Ahn JH, Kang SY. Intraosseous lipoma of the great toe. *Foot* 1998;8:166—8.
- [3] El Rayes J, BouSader R, Saliba E. Lipoma of the thumb: spindle cell subtype. *Case Rep Orthop* 2016;2016:9537175.
- [4] Milgram JW. Massive fibrolipoma of a toe. *J Foot Ankle Surg* 1999;38:223—6.
- [5] Cristofaro RL, Maher JO. Digital lipoma of the foot in a child. A case report. *J Bone Surg Am* 1998;70:128—30.
- [6] Rosa IP, Garcia MLP, Greco JC, TovoFilho R. Lipomas — Classificacao e tecnica cirurgica. *An Bras Dermatol* 1988;63:369—70
- [7] Wu JS, Hochman MG. Soft-tissue tumors and tumorlike lesions: a systematic imaging approach. *Radiology*. 2009 Nov;253(2):297-316.
- [8] Gaskin CM, Helms CA. Lipomas, lipoma variants, and well-differentiated liposarcomas (atypical lipomas): results of MRI evaluations of 126 consecutive fatty masses. *AJR Am J Roentgenol*. 2004 Mar;182(3):733-9.
- [9] Matsumoto K, Hukuda S, Ishizawa M, Chano T, Okabe H. MRI findings in intramuscular lipomas. *Skeletal Radiol*. 1999 Mar;28(3):145-52.
- [10] Kransdorf MJ, Bancroft LW, Peterson JJ, Murphey MD, Foster WC, Temple HT. Imaging of fatty tumors: distinction of lipoma and well-differentiated liposarcoma. *Radiology*. 2002 Jul;224(1):99-104.
- [11] Ohguri T, Aoki T, Hisaoka M, Watanabe H, Nakamura K, Hashimoto H, Nakamura T, Nakata H. 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 Jun;180(6):1689-94.