

LIPOME COLIQUE REVELE PAR UNE OCCLUSION INTESTINALE

COLONIC LIPOMA REVEALED BY INTESTINAL OCCLUSION

L. MNIF^{1,3,*} ; F. ABID^{2,3}; L. CHTOUROU^{1,3}; H. GDOURA^{1,3}; A. AMOURI^{1,3};
M. BOUDABBOUS^{1,3} ET N. TAHRI^{1,3}

1 : Service d'Hépatogastro-entérologie, CHU Hedi Chaker , Sfax, Tunisie

2 : Hôpital régional de kerkennah, Sfax, Tunisie

3 : Faculté de médecine, Université de Sfax-Tunisie

*e-mail de l'auteur correspondant : leilamnif@yahoo.fr

Résumé

Le lipome colique est une tumeur bénigne rarement rencontrée en pratique clinique courante. Le plus souvent asymptomatique, il se complique rarement d'occlusion intestinale. Nous rapportons le cas d'une occlusion intestinale aiguë sur lipome survenue chez une femme de 62 ans. La tomographie abdominale a confirmé l'occlusion, précisé son siège et a montré la masse tumorale colique. L'intervention a consisté en une résection du colon droit et transverse. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic de lipome. À partir de ce nouveau cas et après analyse de la littérature, nous discutons les caractéristiques cliniques, diagnostiques et les possibilités thérapeutiques de cette pathologie rare.

Mots - clés : Lipome géant ; Colon; Occlusion

Abstract

Colon lipoma is a benign tumor rarely encountered in routine clinical practice. Most often asymptomatic, it gets rarely complicated by intestinal obstruction. We report the case of acute intestinal obstruction on lipoma in a 62-year-old woman. The abdominal computed tomography confirmed the occlusion, specified its seat and showed the colonic tumor mass. The intervention consisted of a resection of the right and transverse colon. Histological examination confirmed the diagnosis of lipoma. From this new case and after analysis of the literature, we discuss the clinical characteristics, diagnostics and therapeutic possibilities of this rare pathology.

Key - words: Giant lipoma; Colon; Occlusion

ملخص :

الورم الشحمي القولوني هو ورم حميد نادرا ما يصادف في الممارسة السريرية الروتينية. وغالبًا ما يكون عديم الأعراض و نادرًا ما يكون معقدًا بسبب انسداد الأمعاء.

أبلغنا عن حالة انسداد معوي حاد عند كشف ورم شحمي لدى امرأة تبلغ من العمر 62 عامًا. وأكد التصوير المقطعي البطني انسدادا ، حدد موضعها وأظهرت كتلة الورم بمستوى القولون. يتألف التدخل الجراحي من استئصال القولون الأيمن والمستعرض. أكد الفحص النسيجي للعينات المأخوذة تشخيص الورم الشحمي. من هذه الحالة الجديدة وبعد تحليل المقالات العلمية السابقة في الموضوع ، ناقش الخصائص السريرية والتشخيصات والإمكانيات العلاجية لهذا المرض النادر.

الكلمات المفتاح : ورم شحمي عملاق ; انسداد ; القولون أو المعي الغليظ.

INTRODUCTION

Les lipomes digestifs sont des tumeurs bénignes rares. La localisation colique est peu fréquente. Elle représente environ 4 % des tumeurs bénignes du côlon. Leur découverte se fait le plus souvent au décours de complications, mais peut être fortuite. La première description de cette localisation remonte à 1757 [1]. Cependant, elle demeure peu connue. Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 62 ans présentant un lipome géant compliqué d'occlusion intestinale aigüe.

OBSERVATION

Une patiente de 62 ans, aux antécédents d'asthme et d'hypertension artérielle équilibrés sous traitement, a été admise en urgence pour syndrome occlusif avec des douleurs abdominales diffuses, des vomissements et un arrêt des matières et des gaz. Ces symptômes faisaient suite à quelques jours de diarrhée liquidienne sans retentissement sur l'état général. L'examen physique a trouvé une patiente apyrétique avec une tension artérielle à 130/70mmHg et un pouls à 75 battements/mn. Il a montré un météorisme abdominal avec une sensibilité abdominale diffuse sans défense ni masse palpable. Les orifices herniaires étaient libres. Au toucher rectal, l'ampoule rectale était vide. Le bilan biologique ne montrait pas d'anomalies.

Une tomodensitométrie abdominale a été faite en urgence sans et après opacification digestive basse au produit de contraste hydrosoluble dilué. Elle a montré une masse à double composante graisseuse et tissulaire du tiers gauche du colon transverse de 6x4 cm, sténosante avec dilatation du colon droit et des anses grêliques en amont (figure1).

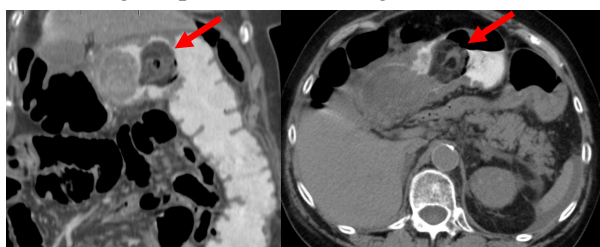


Figure1 : Coupes de scanner axiale et coronale montrant le processus sténosant du colon transverse à double composante tissulaire et graisseuse

La patiente, a été opérée en urgence, avec le diagnostic d'une tumeur colique occlusive.

L'exploration chirurgicale trouvait une tumeur de la partie proximale du colon transverse, associée à une hyperhémie mésentérique. A la palpation, la tumeur faisait 6 à 7 cm de grand axe, était molle et obstruait toute la lumière colique. Le grêle était distendu ainsi que le colon droit avec des signes de pré perforation à ce niveau (dilacération de la musculature). Le colon gauche était de calibre et d'aspect normal. L'intervention a consisté en une colectomie droite élargie au colon transverse avec double stomie.

L'examen macroscopique de la pièce d'exérèse montrait une tumeur bourgeonnante polyploïde largement nécrosée de consistance molle recouverte de fausses membranes faisant 4x5 cm. Histologiquement, il y avait une prolifération d'adipocytes matures et réguliers disposés en lobules séparés par des septas fibreux, siège d'un abondant infiltrat inflammatoire polymorphe réalisant des lésions de stéatonécrose. La tumeur, bien limitée, naissait à partir de la sous muqueuse et soulevait la muqueuse. Elle était entourée par une importante réaction inflammatoire réalisant des foyers d'abcédation. Il n'y avait aucun signe de malignité. Le diagnostic de lipome colique largement remanié et nécrosé avec des foyers d'abcédation a été retenu. Les suites opératoires étaient simples. Le rétablissement de la continuité a été fait deux mois plus tard.

COMMENTAIRE

Le lipome colique est une tumeur adipeuse bénigne et rare. Son incidence varie entre 0,035 et 4,4% [2]. Il représente 1,8% des lésions coliques bénignes [3-4]. Il existe une prédominance féminine. Dans la majorité des cas, les lipomes coliques sont de petite taille et asymptomatiques [5]. Lorsqu'ils sont de grande taille, ils peuvent devenir symptomatiques, voire compliqués. La première observation a été rapportée par Bauer en 1757[1]. Depuis, les publications concernent le plus souvent des cas isolés ou de petites séries de 2 à 3 cas. À ce jour, environ 320 cas ont été rapportés dans la littérature (à l'exclusion des séries autopsiques).

Le lipome peut se rencontrer chez les sujets jeunes, mais sa fréquence augmente entre 50 et 65 ans [6-7]. Il se développe dans 90% des cas aux dépens des adipocytes de la sous-muqueuse, plus rarement dans la sous séreuse [8]. La lésion est le plus souvent isolée. La localisation la plus fréquemment rapportée est le colon sigmoïde incluant la jonction recto-sigmoïdienne [9]. Des lésions multiples ont

cependant été rapportées dans environ 10% des cas [10-11].

Le plus souvent, la découverte du lipome est fortuite lors d'une coloscopie de dépistage, sur une pièce de colectomie ou bien à l'occasion d'une autopsie. Seuls 6% des lipomes sont symptomatiques [12]. Les symptômes sont corrélés à la taille du lipome [4,10]. La symptomatologie n'est pas spécifique. Elle est dominée par les douleurs abdominales, la modification du transit et l'hémorragie digestive [5,8]. La lésion peut exercer par un phénomène purement mécanique une obstruction partielle de la lumière colique qui se voit essentiellement avec les lipomes sous-muqueux. Les lipomes sous-séreux peuvent refouler la muqueuse colique, jusqu'à rétrécir ou obstruer la lumière colique. La complication la plus fréquente est l'invagination intestinale aiguë. Le lipome se complique rarement d'occlusion. Dans le cas de notre patiente, la symptomatologie a commencé par une diarrhée et des douleurs abdominales pour aboutir finalement à un syndrome occlusif. L'occlusion était probablement due à une obstruction de la lumière, du fait de la taille importante de la lésion et de sa localisation sous muqueuse.

Le scanner est un examen clé pour le diagnostic de siège et de cause d'une occlusion intestinale. Il représente une méthode à la fois sensible et spécifique pour le diagnostic de lipome. Il montre un aspect caractéristique d'une lésion graisseuse régulière [13-15].

L'échographie est moins performante vu l'interposition des gaz. Elle montre une lésion hyperéchogène bien limitée entourée par une paroi intestinale normale [15]. La coloscopie permet le plus souvent de visualiser la lésion et de réaliser des biopsies. Seuls les lipomes à localisation sous séreuse ne sont pas visualisés [16]. Le plus souvent, la masse est ronde ou ovoïde, de coloration jaune. La taille est variable. La coloscopie peut montrer une élévation de la muqueuse tendue sur le lipome (signe de la tente). La palpation par la pince à biopsie donne une impression de masse molle (signe de l'oreiller) [17]. La consistance molle et la surface lisse des lipomes font qu'ils peuvent échapper à la palpation ou à la biopsie [16]. Les biopsies retrouvent toujours la présence de cellules adipeuses matures sans aucun signe d'atypie cytonucléaire. La fréquence d'ulcérations n'est pas très élevée. Il semble toutefois que plus le lipome est gros, plus il a de chance à se nécroser [18]. Dans notre cas la

coloscopie n'a pas été faite vu que la patiente a été opérée en urgence.

Un problème de diagnostic différentiel avec d'autres masses tumorales en particulier malignes (carcinome ou plus rarement liposarcome qui est d'aspect irrégulier et hétérogène à la tomomodensitométrie) peut se poser. La distinction est capitale pour permettre un traitement conservateur. Deux options thérapeutiques sont possibles pour le traitement du lipome symptomatique : l'exérèse endoscopique ou l'exérèse chirurgicale. Certains auteurs suggèrent que la taille du lipome constitue le facteur limitant à l'exérèse endoscopique de la lésion avec une limite fixée à 2,5 cm [19].

L'indication de l'exérèse chirurgicale se pose en cas de lipome de plus de 4 cm de grand axe, sessile ou ayant un pédicule court, en cas de doute diagnostique sur le caractère bénin de la lésion, en cas de lésion symptomatique (hémorragie, invagination) et en cas de résection endoscopique incomplète [20]. Le geste chirurgical peut être limité mais il est nécessaire d'obtenir des marges de résection saines. La colectomie emportant le lipome est le traitement de référence. En cas de doute avec un cancer (comme c'était le cas de notre patiente), une résection carcinologique s'impose. Des cas de résection chirurgicale par voie coelioscopique ont été rapportés [21].

Aucun cas de dégénérescence ou de récurrence n'a été rapporté après exérèse complète.

CONCLUSION

Bien que le lipome soit une tumeur bénigne, une complication révélatrice peut engager le pronostic vital, et cela malgré les progrès de la réanimation et de la chirurgie. Le scanner, est une méthode à la fois sensible et spécifique pour le diagnostic de lipome. Il oriente le diagnostic en montrant la composante graisseuse de la lésion. Les possibilités thérapeutiques sont multiples allant de l'abstention jusqu'à l'exérèse chirurgicale, sous réserve d'un diagnostic préopératoire précis.

REFERENCES

- [1] Bauer JG. Epistola de molisintestinatorum, Huller'sdisputationesadmorborum.Lausanne 1757;iii:463-472.
- [2] Miloudi N, Hefaiiedh R, Khalfallah MT. Lipome géant du colon transverse compliqué d'une invagination colocolique. J ViscSurg2012 ; 149 : 485-487.
- [3] Goasguen N, Cattan P. Lipome colique : cas clinique et revue de la littérature. GastroenterolClinBiol2008 ; 32 : 521-524.
- [4] Rogy MA, Mirza D, Berlakovich G, Winkelbauer F, Rauhs R. Submucoslarge-bowel lipomas presentation

- and management. An 18-year study. *Eur J Surg* 1991; 157: 51-55.
- [5] Mnif L, Amouri A, Tahri N. Lipomes géants coliques. *Acta endoscopica* 2010; 41:1-4.
- [6] Chung YF, Ho YH, Nyam DC, Leong AF, Seow-Choen F. Management of colonic lipomas. *Aust N Z J Surg* 1998;68:133-135.
- [7] Ryan J, Martin JE, Pollock DJ. Fatty tumours of the large intestine: a clinicopathological review of 13 cases. *Br J Surg* 1989;76:793-796.
- [8] Ozen O, Guler Y, Yuksel Y. Giant colonic lipoma causing intussusception: CT scan and clinical findings. *Pan Afr Med J* 2019 Jan 16;32:27.
- [9] Mnif L, Amouri A, Masmoudi MA, Mezghanni A, Gouiaa N, Boudawara T, et al. Giant lipoma of the transverse colon: a case report and review of the literature. *Tunis Med* 2009;87(6):398-402.
- [10] Goasguen N, Cattan P. Lipome colique : cas clinique et revue de la littérature. *Gastroenterol Clin Biol* 2008; 32: 521-524.
- [11] Michowitz M, Lazebnik N, Noy S. Lipoma of the colon. A report of 22 cases. *Am Surg* 1985; 51: 449-454.
- [12] Taylor BA, Wolff BG. Colonic lipomas. Report of two unusual cases and review of the Mayo Clinic experience, 1976-1985. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 888-893.
- [13] Abou-Nukta F, Gutweiler J, Khaw J, Yavorek G. Giant lipoma causing a colo-colonic intussusception. *Am Surg* 2007;73(4):417.
- [14] Hozo I, Perkovic D, Grandic L, Klaudivje G, Simunic M, Piplovic T. Colonic lipoma intussusception: a case report. *Med Arh* 2004;58(6):382-383.
- [15] Crozier F, Portier F, Wilshire P, Navarro-Biou A, Panuel M. Diagnostic par scanner d'une invagination colocolique sur lipome du colon gauche *Ann Chir* 2002;127: 59-61
- [16] Bouaziz H, Damak T, Slimane M, Chargui R, Bouzaïene H, Boujelbane N, et al. Volumineux lipome du colon mimant une tumeur colique. *IJSR* 2016; 20: 71-75
- [17] Hackam DJ, Saibil F, Wilson S, Litwin D. Laparoscopic management of intussusception caused by colonic lipomata: a case report and review of the literature. *SurgLaparoscEndosc* 1995 ; 6 : 155-159
- [18] Zhangh, Cong JC, Chen CS, Qiao L, Liu EQ. Submucous colon lipoma: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2005; 11: 3167-3169.
- [19] Pfeil SA, Weaver MG. Colonic lipomas: outcome of endoscopic removal. *GastrointestEndosc* 1990; 36: 435-438.
- [20] Jiang L, Jiang LS, Li FY, Ye H, Li N, Cheng NS, et al. Giant submucosal lipoma located in the descending colon: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007 Nov 14; 13:5664-5667.
- [21] Peters Jr, Obermeyer RJ, Herminio FO, Eric MK, Michael PM, Atilla E, et al. Laparoscopic management of colonic lipomas: a case report and review of the literature. *JSLs* 2005; 9: 342-344.