

Volumineux lipome du colon mimant une tumeur colique

[Voluminous lipoma of the colon mimicking colon tumors]

Hanen Bouaziz¹, Tarek Damak¹, Maher Slimane¹, Riadh Chargui¹, Hatem Bouzaïene¹, Nadia Boujelbane², Jamel Ben Hassouna¹, Monia Hechiche¹, Karima Mrad², Tarek Ben Dhiab¹, and Khaled Rahal¹

¹Service de chirurgie carcinologique, Institut Salah Azaiez, Boulevard 9 Avril, 1006 Tunis, Tunisia

²Service d'anatomopathologie, Institut Salah Azaiez, Boulevard 9 Avril, 1006 Tunis, Tunisia

Copyright © 2016 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Colonic lipomas are benign tumors. Very rarely, are complicated with colocolic invaginations. We report the case of a 39 year old patient who consulted for abdominal pain and bowel dysfunction. In the abdominal examination it was a soft consistency mass measured 15 cm. The rectal touch was normal. Colonoscopy showed a rounded lobed formation preventing progression and biopsies in the right angle colic. In computed tomography it was an appearance of an intussusception extent of the epigastrium in the right iliac fossa. The patient had a right hemicolectomy. The postoperative course was simple.

KEYWORDS: Lipoma, colon, intussusception, colonoscopy, biopsy.

RÉSUMÉ: Les lipomes coliques sont des tumeurs bénignes. Ils se compliquent, très rarement, d'invaginations colocolique. Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 39 ans qui consultait pour douleurs abdominales et troubles du transit. L'examen abdominal trouvait une masse sus ombilicale de 15 cm de consistance molle. Le toucher rectale était normal. La colonoscopie trouvait une formation arrondie polylobée empêchant la progression au-delà de l'angle colique droit de consistance rénitente empêchant les biopsies. La tomодensitométrie montrait une importante masse intestinale étendue de l'épigastre jusqu'à la fosse iliaque droite prenant l'aspect d'une pseudoinvagination. La patiente avait eu une hémicolectomie droite. Les suites opératoires étaient simples.

MOTS-CLEFS: Lipome, colon, invagination, coloscopie, biopsie.

1 INTRODUCTION

Les lipomes coliques sont des tumeurs bénignes, ils sont souvent asymptomatiques. Ils se compliquent très rarement d'une invagination colocolique. Nous rapportons le cas d'une pseudoinvagination dont l'origine est un lipome géant du colon droit.

2 OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente âgée de 39 ans sans antécédents qui consultait pour des douleurs abdominales paroxystiques spontanément résolutive associées à des troubles de transit à types de constipations et de vomissements évoluant depuis 3 mois. L'examen abdominal trouvait une masse sus ombilicale de 15 cm de consistance molle. Toucher rectale était normal. Le bilan biologique était normal. La colonoscopie trouvait une formation arrondie polylobée empêchant la progression au-

delà de l'angle colique droit de consistance rénitente empêchant les biopsies (Fig. 1). Le colon gauche est parsemé de nombreux diverticules de tailles variables. La fibroscopie était normale. La tomodensitométrie (Fig.2) montrait une importante masse intestinale étendue de l'épigastre jusqu'à la fosse iliaque droite, à paroi épaisse et irrégulière, se rehaussant d'une façon homogène après l'injection iodée. Cette lésion était centrée par des amas graisseux et présentait l'aspect d'une pseudoinvagination.

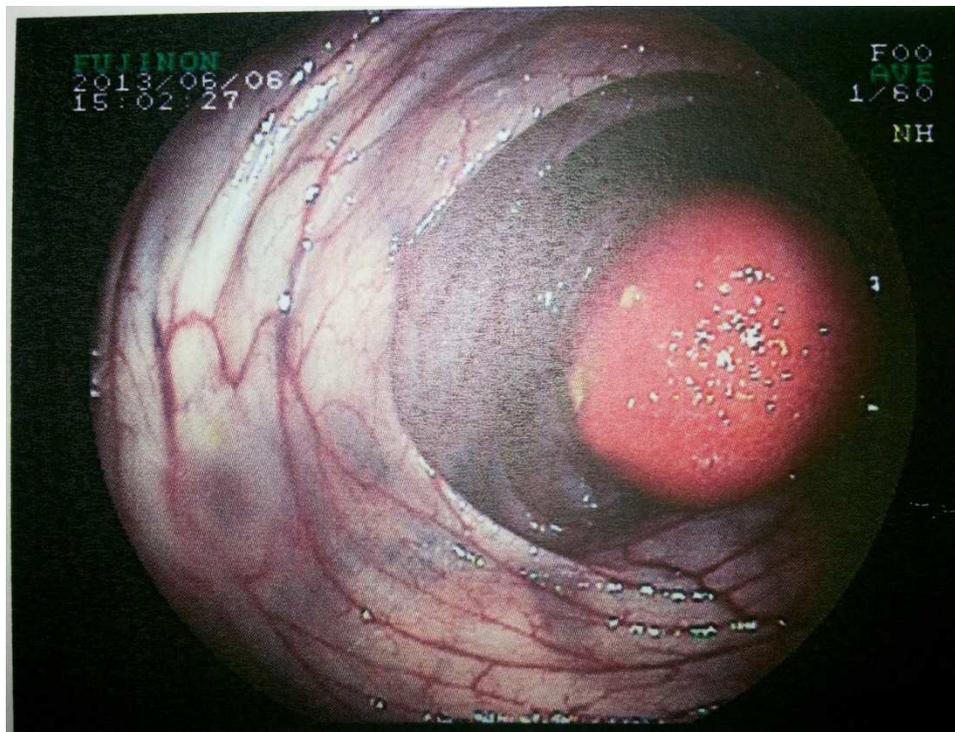


Figure 1: A la coloscopie, image arrondie sous muqueuse

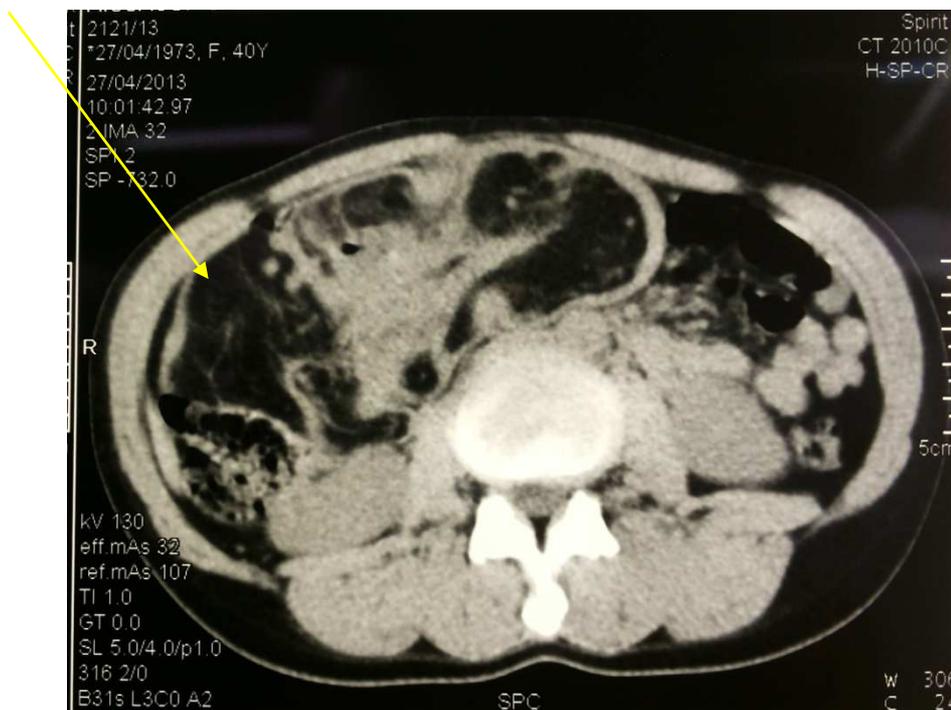


Figure 2 : A la tomodensitométrie, une importante masse intestinale étendue de l'épigastre jusqu'à la fosse iliaque droite

La patiente a eu une laparotomie. A l'exploration, pas d'ascite, pas de carcinose. Il y avait seulement une masse lipomateuse strictement intraluminaire du colon droit de 18 cm de grand axe, située à 2 cm de la valvule de Bauhin. Une hémicolectomie droite a été faite avec anastomose iléo-colique termino-latérale. L'examen extemporané a confirmé la bénignité de cette masse. L'examen macroscopique de la pièce (Fig. 3) montrait la présence d'un processus bourgeonnant de 18x15 cm polylobé au niveau du fond caecale à large base d'implantation situé à 2 cm de la valvule.

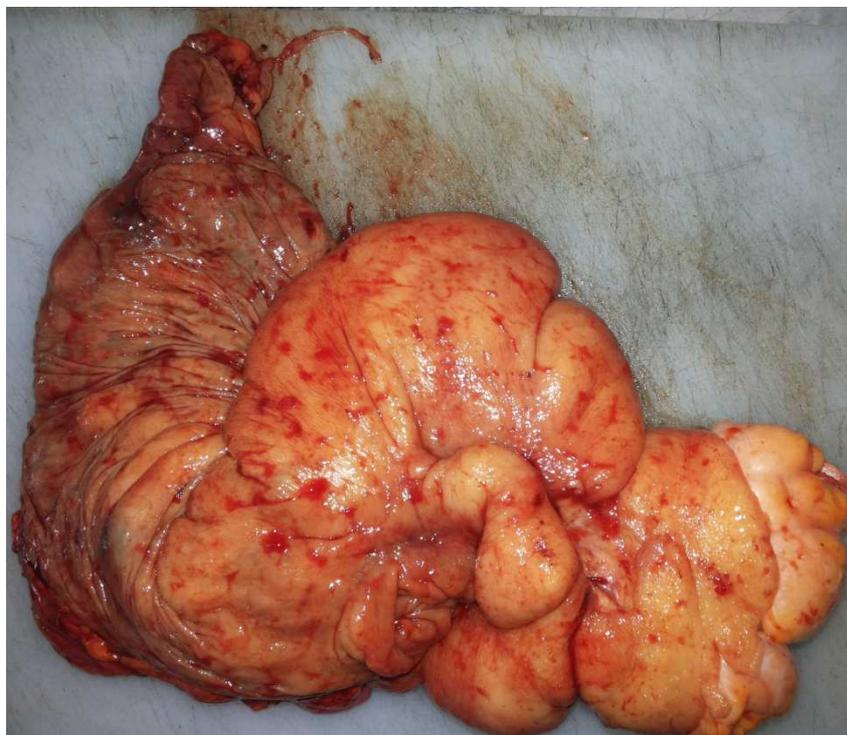


Figure 3 : processus bourgeonnant de 18x15 cm polylobé au niveau du fond caecale ayant l'aspect d'un lipome

La tumeur était de consistance molle à surface lisse de siège sous muqueux n'ulcérant pas la muqueuse. L'examen microscopique concluait à un angioliipome géant.

3 DISCUSSION

L'incidence de lipome colique varie de 0,035 à 4,4% [1]. Il se localise dans le colon droit 65% des cas. Il se complique exceptionnellement, d'invagination colocolique [2,3]. Le lipome colique représente 1,8% des lésions coliques bénignes [2, 4]. Il existe une prédominance féminine et l'âge de découverte se situe entre 50 et 65 ans [5]. Sur le plan anatomopathologique, le lipome se développe dans 90% des cas aux dépens des adipocytes de la sous-muqueuse, plus rarement se développe dans la sous-séreuse [6]. La lésion est le plus souvent isolée, mais des lésions multiples ont été rapportées dans environ 10% des cas [2,6].

La plupart du temps, la découverte du lipome est fortuite lors d'une coloscopie de dépistage, seuls 6% des lipomes sont symptomatiques [7]. Les symptômes sont corrélés à la taille du lipome quand il est supérieur à 2 cm [2,4]. La symptomatologie est aspécifique, essentiellement composée de douleurs abdominales, de constipation et de rectorragies.

Le problème dans le diagnostic du lipome est le diagnostic différentiel avec d'autres masses tumorales en particulier néoplasiques (carcinomes ou liposarcomes). Cette distinction est capitale pour permettre le traitement chirurgical adéquat. L'échographie est performante pour faire le diagnostic à la fois de l'invagination intestinale et de la lésion hyperéchogène bien limitée entourée par une paroi intestinale normale [8]. Chez notre patient l'échographie abdominale n'a pas été faite. Le lavement baryté peut apporter des arguments en faveur du diagnostic. Le lipome apparaît alors comme une image de soustraction bien délimitée, régulière [2]. De nos jours l'intérêt reste discutable vu l'apport du scanner.

La tomodensitométrie est l'examen clé, il est aussi bien spécifique que sensible. Elle peut mettre en évidence l'invagination ainsi que le lipome apparaît sous forme de masse de densité graisseuse. Il a été rapporté des images scanographiques atypiques dues à la composante nécrotique du lipome, favorisée par l'invagination de ce dernier. Il peut alors être difficile de le différencier d'une tumeur maligne [9]. L'originalité de ce cas présenté réside dans la présentation scanographique de la lésion qui mimait une tumeur de la racine du mésentère (Fig. 4). Elle apparaît comme masse étendue de l'épigastre jusqu'à la fosse iliaque droite, à paroi épaisse et irrégulière, se rehaussant d'une façon homogène après l'injection iodée.



Figure 4 : lipome du colon droit qui mime une tumeur de la racine du mésentère.

Une étude a montré la performance de l'IRM dans la caractérisation des lipomes. Le signal du lipome est caractéristique avec un hypersignal sur les séquences flash et une disparition complète du signal sur les séquences saturées en graisse [10].

La coloscopie permet le plus souvent de visualiser la lésion molle sessile ou pédiculée recouverte par une muqueuse normale et permet la réalisation de biopsies. Seuls les lipomes à localisations sous séreuse ne sont pas visualisés [9]. Dans notre cas l'aspect lisse de la tumeur et la consistance molle et rénitente a empêché la biopsie mais a écarté l'existence d'un processus malin.

Deux options thérapeutiques sont possibles : 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 [11]. Dans le cas de lipome colique volumineux ou symptomatique le traitement est chirurgical reste le traitement de choix. Le geste réalisé dépend de la certitude diagnostique obtenue en peropératoire. La colectomie est le traitement de référence en l'absence de complication. Dans les autres cas, doute diagnostique ou invagination colique aiguë, une résection colique segmentaire doit être envisagée [12]. Des cas de lipectomies par voie celioscopique ont été rapportés [13]. Aucun cas de dégénérescence ou de récurrence n'a été rapporté après exérèse complète.

4 CONCLUSION

Les lipomes coliques sont des tumeurs bénignes rares qui se compliquent rarement d'invagination. Le problème dans le diagnostic du lipome est le diagnostic différentiel avec d'autres masses tumorales en particulier néoplasiques, d'où l'importance des examens complémentaires notamment le scanner et il faut bien poser le diagnostic de certitude en peropératoire pour pouvoir juger du geste adéquat.

REFERENCES

- [1] N.Miloudi, R. Hefaiiedh, M. T. Khalfallah. Lipome géant du colon transverse compliqué d'une invagination colocolique. *Journal de chirurgie viscérale* (2012) 149, 485-487.
- [2] Goasguen N, Cattan P. Lipome colique : cas clinique et revue de la littérature. *Gastroenterol Clin Biol* 2008 ; 32 : 521-4.
- [3] Nakagoe T, Sawai T et al. Minilaparotomy approach for removal of a large colonic lipoma: report of two cases. *Surg Today* 2004; 34: 72-5.
- [4] Rogy MA, Mirza D and al. submucous large-bowel lipomas presentation and management. An 18-year study. *Eur J Surg* 1991; 157: 51-5.
- [5] Ryan J, Martin JE, Pollock DJ. Fatty tumours of the large intestine: a clinicopathological review of 13 cases. *Br J Surg* 1989; 76:793-6.
- [6] Michowitz M, Lazebnik N, Noy S. Lipoma of the colon. A report of 22 cases. *Am Surg* 1985; 51: 449-54.
- [7] 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: 888-93.
- [8] Crozier F, Portier F. Diagnostic par scanner d'une invagination colocolique sur lipome du colon gauche. *Ann Chir* 2002 ; 127 : 59-61.
- [9] Buetow PC, Buck JL, Carr NJ. Intussuscepted colonic lipomas: loss of fat attenuation on CT with pathologic correlation in 10 cases. *Abdom Imaging* 1996; 21: 153-6.
- [10] Shoenut JP, Semelka RC. Magnetic resonance imaging evaluation of the local extent of colorectal mass lesions. *J Clin Gastroenterol* 1993; 17: 248-53.
- [11] Pfeil SA, Weaver MG. Colonic lipomas: outcome of endoscopic removal. *Gastrintest Endosc* 1990; 36: 435-8.
- [12] Roger Jr SO, Lee MC and al. Giant colonic lipoma as lead point for intermittent colo-colonic intussusception. *Surgery* 2002; 131: 687-8.
- [13] Peters Jr MB, Obermeyer RJ and al. Laparoscopic management of colonic lipomas: a case report and review of the literature. *JLS* 2005; 9: 342-4.