



Journal Homepage: - [www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

## INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/14640

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/14640>



### RESEARCH ARTICLE

#### LIPOSARCOME DE BAS GRADE ET PIEGE DIAGNOSTIC: A PROPOS D'UN CAS

A. Chaoui, M. Nassiri, M. Jiddi, S. Ali Robleh, H. Elhaoury, M. Madhar, C. Rachid and Y. Najeb

Service De Traumatologie-Orthopédie A, Faculté De Médecine Et De Pharmacie Cadi Ayyad, Hôpital Ibn Tofail, CHU Mohamed VI, 40000 Marrakech, Maroc.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 28 February 2022

Final Accepted: 30 March 2022

Published: April 2022

#### Abstract

Le liposarcome est l'un des plus communs sarcomes des tissus mous, il représente près d'un quart des néoplasmes des parties molles. Cependant c'est un cancer rare puisqu'il ne représente qu'environ 10% de l'ensemble des cancers chez l'homme. Nous rapportons le cas d'un jeune patient de 36 ans, présentant une masse de la face antero-externe de la cuisse gauche de consistance molle, douloureuse, mobile par rapport au plan superficiel, sans signes inflammatoires en regard, de 12cm du grand axe, évoluant depuis 2 mois dans un contexte de conservation de l'état général. Le bilan biologique standard était normal. La radiographie de la cuisse gauche n'a pas révélée d'anomalies osseuses ni de calcifications au niveau des parties molles. Ces caractéristiques évoquaient un lipome dont l'exérèse a été programmée. L'étude anatomopathologique et immunohistochimique de la pièce opératoire ont objectivé un liposarcome périphérique bien différencié de bas grade appelé aussi tumeur lipomateuse atypique (OMS 2013) (Grade 1 selon FNCLCC). Un bilan d'extension a été réalisé fait d'une IRM de la cuisse gauche était négatif. En accord avec le comité d'oncologie de notre CHU, une intervention de reprise d'exérèse a été réalisée ; elle a consisté en une excision de la cicatrice précédente puis, en bloc, de l'aponévrose et du tissu musculaire sur toute la hauteur du site initial de la tumeur en le débordant de deux centimètres environ. Une surveillance clinique locale et régionale post-opératoire du patient à 4,6 mois et un an plus tard n'a pas révélée d'anomalie.

Copy Right, IJAR, 2022., All rights reserved.

#### Introduction:-

Le liposarcome est l'un des plus communs sarcomes des tissus mous, il représente près d'un quart des néoplasmes des parties molles, c'est le second sarcome après l'histiocytome fibreux malin. Cependant c'est un cancer rare puisqu'il ne représente qu'environ 10% de l'ensemble des cancers chez l'homme. Sa définition est histogénétique, il s'agit de tumeur maligne des tissus mous d'origine mésenchymateuse, caractérisée par la présence de lipoblastes à différents stades de leur différenciation [1]. Les liposarcomes ont une localisation ubiquitaire; ils se localisent par ordre décroissant au niveau des membres inférieurs, du rétropéritoine, de la ceinture scapulaire et pelvienne. Il existe des localisations rares: cordon spermatique, péricarde et périnée [2]

**Corresponding Author:- A. Chaoui**

Address:- Service De Traumatologie-Orthopédie A, Faculté De Médecine Et De Pharmacie Cadi Ayyad, Hôpital Ibn Tofail, CHU Mohamed VI, 40000 Marrakech, Maroc.

**Matériels et Méthodes:-**

Nous rapportons le cas d'un patient de 36 ans, épileptique suivi régulièrement depuis 06 ans sous carbamazépine. Victime le 09/12/2017 d'un accident de travail occasionnant chez lui un traumatisme fermé de la hanche et cuisse gauches. L'évolution a été marquée 02 mois plus tard par l'apparition d'une masse de la cuisse gauche augmentant progressivement du volume. Cette masse, de 12 cm, se situait sur la face antéro-externe de sa cuisse gauche ; elle était douloureuse de consistance molle, mobile par rapport au plan superficiel avec des limites franches, au sein de masses musculaires sans adhérence aux structures de voisinage. Il n'existait pas de troubles neurologiques ou vasculaires et l'état général n'était pas altéré. Le bilan biologique standard était normal. Pas d'anomalie osseuse ni de calcification au niveau des parties molles à la radiographie de la cuisse gauche. Ces caractéristiques évoquaient un lipome pour lequel une exérèse chirurgicale a été faite avec étude anatomopathologique de la pièce opératoire.

**Résultats:-**

La biologie était normale. Pas d'anomalie osseuse ni de calcification au niveau des parties molles à la radiographie de la cuisse gauche. Ces caractéristiques évoquaient un lipome pour lequel l'exérèse a été réalisée. L'intervention, simple, a permis l'exérèse d'une tumeur paraissant adipeuse, mais située en sous aponévrotique, très bien limitée au sein du vaste externe du muscle quadriceps gauche.

L'examen anatomopathologique trouvait une tumeur de 14\*5\*3 cm surmontée par un lambeau cutané mesurant 11\*1,5 cm. Sur le plan histologique, il s'agissait d'une prolifération mésenchymateuse adipocytaire agencée en lobules. Les adipocytes sont de taille variable, munies de noyaux tantôt ronds tantôt ovoïdes excentrés. Ils sont focalement hyperchromes aux contours discrètement irréguliers. Le cytoplasme est abondant monovacuolisé. Ces lobules sont séparés par des cloisons fibreuses épaisses renfermant des cellules stromales de taille moyenne dispersées, aux noyaux anisocaryotiques, hyperchromes avec des contours légèrement irréguliers. Présence de quelques figures mitotiques. Ces cloisons abritent par ailleurs des vaisseaux sanguins ectasiques par endroits, branchées ailleurs. Absence de nécrose tumorale. L'étude immunohistochimique montrait une immunomarquage nucléaire modéré et focale des cellules tumorales de l'anticorps anti-MDM2 et anti-CDK4.

**Au totale:**

Aspect morphologique et immunohistochimique d'un liposarcome périphérique bien différencié de bas grade appelé aussi tumeur lipomateuse atypique (OMS 2013) (Grade 1 selon FNCLCC).

Un bilan d'extension a été réalisé fait d'une IRM de la cuisse était négatif. En accord avec le comité d'oncologie de notre CHU, une intervention de reprise d'exérèse a été réalisée. Elle a consisté en une excision de la cicatrice précédente puis, en bloc, de l'aponévrose et du tissu musculaire sur toute la hauteur du site initial de la tumeur en le débordant de deux centimètres environ. Une surveillance clinique locale et régionale post-opératoire du patient à 4,6 mois et un an plus tard n'a pas révélée d'anomalie.

**Discussion:-**

Les liposarcomes des membres sont des tumeurs rares qui représentent de nombreuses difficultés diagnostiques et thérapeutiques. Ils touchent l'adulte moyen et siègent électivement au niveau des membres inférieurs notamment la cuisse. Les examens d'imagerie ne permettent pas d'établir le diagnostic histologique mais orientent vers le caractère bénin ou malin de la tumeur, par contre, ils sont indispensables (surtout TDM et IRM) à la réalisation du bilan d'extension, du bilan préopératoire et aussi au suivi des patients traités. L'examen anatomo-pathologique est nécessaire, qui lui seul permet d'affirmer le diagnostic.

Malgré l'aspect clinique rassurant de cette tumeur chez notre patient, une imagerie pré-opératoire avec biopsie diagnostique aurait dû être réalisée. En effet, toute tumeur profonde des tissus mous ou de taille égale ou supérieure à 5 cm est suspecte et doit avoir une imagerie [5], de préférence une IRM pour orienter la biopsie et planifier la résection si la tumeur s'avère être un sarcome [4,6]. Un traitement médicochirurgical correct peut être ainsi réalisé d'emblée. En effet le pronostic des sarcomes dépend, en grande partie, de la qualité et de la cohérence de la prise en charge initiale qui repose sur une étroite collaboration multidisciplinaire au sein d'un comité d'oncologie [3, 4], et ce quelle que soit leur origine [7].

**Conclusion:-**

La chirurgie des liposarcomes constitue la pierre angulaire du traitement et la thérapie génique constitue un formidable espoir dans l'avenir, L'évolution des liposarcomes est caractérisée par la survenue de récurrences locales et métastases rendant leur pronostic défavorable.

Il n'existe pas de facteurs pronostiques universellement admis, par ailleurs, le grade histologique, la qualité de l'exérèse chirurgicale et la localisation de la tumeur primitive demeurent les principaux facteurs à prendre en considération.

**Références:-**

1. Marie-Josée Buffo Sarcomes des parties molles métastatiques ou localement avancés : Rôle de la chimiothérapie révisé à partir d'une étude rétrospective de 75 patients traités à l'Institut Claudius Regaud ; 1998
2. Rakotovo M, Rakotosolofo A, Ralahy MF et al. Sarcome synovial des membres chez l'adulte. A propos de deux cas à Madagascar ; 2009.
3. De Pinieux G, Drape JL, Anract PH, Forest M. Prise en charge des sarcomes des parties molles. Problèmes posés en anatomie pathologique. In Conduite à tenir devant une image osseuse ou des parties molles d'allure tumorale. Monographie du GETROA, opus 31, 2004, p. 449-53. Sauramps médical Ed, Paris.
4. Dujardin F, Debled M, Guillemet C et al. Prise en charge des tumeurs des parties molles de l'appareil locomoteur de l'adulte. Rev Chir Orthop 2006;92:637-650
5. Brasseur JL, Zeitoun D, Dion E. Place et limites de l'échographie en cas de tumeur des parties molles. In Conduite à tenir devant une image osseuse ou des parties molles d'allure tumorale. Monographie du GETROA, opus 31, 2004, p. 297-312. Sauramps médical Ed, Paris.
6. F. El Ouni Salhi , H. Jemnia, A. Trabelsi , M. Ben Maitig , N. Arifa , K. Ben Rhouma, M. Ben Ayeche, K. Tlili. Liposarcomes des membres : caractéristiques présentes en IRM et leur corrélation avec l'histopathologie 13 juillet 2010
7. Bonvalot S. Sarcomes réopéritonéaux : 1. Histoire naturelle et évaluation préopératoire. J Chir 1999;136:5-14.