

Un liposarcome du mésocôlon

Mesocolon liposarcoma : a case report

W. Ngatchou Djomo¹, F. Shumelinsky¹, S. Debaize¹, A. Salhadin² et J.P. Debaize¹

¹Service de Chirurgie, ²Laboratoire de Biologie Clinique, H.I.S., Site Molière-Longchamp

RESUME

Le liposarcome est, après le fibrosarcome, le plus fréquent cancer des tissus mous.

Les extrémités et le rétropéritoine sont ses localisations les plus fréquentes.

La cavité abdominale et particulièrement le mésocôlon sont des localisations rares.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 64 ans avec un liposarcome du mésocôlon droit de grade histologique 1 traité par une hémicolectomie droite étendue. Aucun traitement adjuvant n'a été proposé vu le bas grade et la résection en marges saines. La patiente ne présente aucun signe de récurrence à un an.

Rev Med Brux 2006 ; 27 : 111-3

ABSTRACT

Liposarcoma is the second most common soft tissue sarcoma in adults after fibrosarcoma. Extremities and retroperitoneum are the most common sites. Intraabdominal and particularly mesocolic liposarcoma is a rare localisation. We report the case of a 64-year-old woman with a localized grade 1 liposarcoma of the right mesocolon treated by an extended right hemicolectomy. No further treatment was done because of the low grading and the disease-free margins. The patient is without any evidence of recurrence after one year.

Rev Med Brux 2006 ; 27 : 111-3

Key words : liposarcoma, mesocolon, hemicolectomy

INTRODUCTION

En comparaison à d'autres sites tels que les extrémités et le rétropéritoine, la cavité abdominale représente une localisation rare du liposarcome^{1,2}.

Dans une large revue de la littérature anglo-saxonne, Amato et coll. rapportent quelques cas de liposarcomes localisés au mésentère². Les liposarcomes du mésocôlon étaient extrêmement rares : 2 situés dans le mésocôlon gauche et 1 dans le mésocôlon transverse^{1,2}.

Nous présentons un cas de liposarcome du mésocôlon droit, discutons de sa clinique et revoyons la littérature s'y rapportant.

CAS CLINIQUE

Cette patiente de 64 ans présente depuis 2 mois une masse dans la fosse iliaque droite. Dans ses antécédents, on relève une hypertension artérielle traitée par amlodipine et la prise d'oestrogènes pour la ménopause. La patiente ne consomme ni alcool ni tabac.

Ses paramètres vitaux habituels sont normaux. L'examen clinique est banal hormis la présence d'une masse d'environ 7 cm de diamètre dans la fosse iliaque droite. Les aires ganglionnaires sont libres.

Les examens biologiques usuels sont sans particularité.

Le CT-scanner abdominal montre une tumeur présentant une double densité tissulaire et grasseuse, accolée au côlon droit, compatible avec un liposarcome (Figure 1).

L'exploration de la cavité abdominale par laparotomie montre une masse limitée au mésocôlon droit. Une hémicolectomie droite est réalisée, emportant le caecum, l'angle hépatique, la racine du mésocôlon droit et la graisse rétropéritonéale. L'intervention s'achève par une anastomose iléo-transverse.

L'examen histologique montre un tissu myxoïde, constitué de cellules fusiformes atypiques, d'adipocytes atypiques, de lipoblastes, et des cellules " en fleurettes " (Figure 2). Les ganglions régionaux montrent



Figure 1 : CT-scanner du liposarcome (flèche double densité) à la fois tissulaire et graisseux accolé au côlon droit.

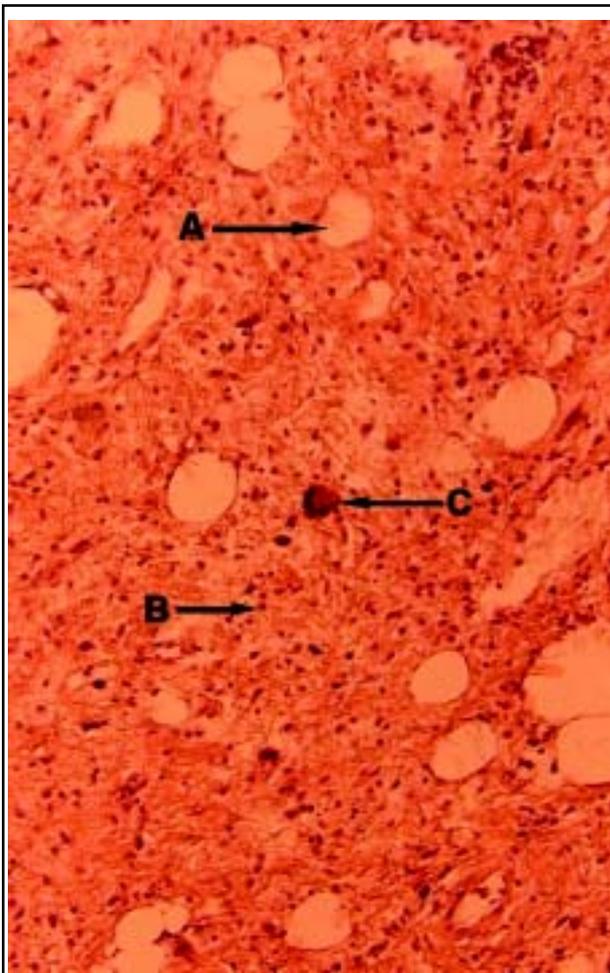


Figure 2 : Aspect myxoïde avec les adipocytes (A), cellules fusiformes atypiques (B) et cellules en fleurette, dont les noyaux sont disposés en forme de fleurs (C). [12,5 x 10] (coloration hématoxyline, éosine, safran).

une simple hyperplasie histiocytaire réactionnelle. Un liposarcome différencié de grade 1 est diagnostiqué.

DISCUSSION

Les liposarcomes dérivent de cellules mésenchymateuses multipotentes et de lipocytes matures. Les liposarcomes intra-abdominaux constituent 2 % de tous les liposarcomes³.

Très peu de cas de liposarcome du mésocôlon ont été rapportés à ce jour².

Les liposarcomes du mésentère surviennent à un âge moyen de 53 ans avec une prépondérance masculine (*sex ratio* 2 : 1)³.

Les signes cliniques sont généralement vagues et peuvent traîner plusieurs mois.

La présence d'une masse ou d'une voussure abdominale est fréquemment l'unique signe, comme dans notre cas¹⁻⁴.

Plus tard, dans l'évolution, surviennent des nausées, des vomissements, de la constipation, de la gêne ou des douleurs abdominales liées à la compression d'organes adjacents.

Certains auteurs rapportent une présentation aiguë par occlusion intestinale, perforation en cavité libre, hémorragie, volvulus ou invagination^{3,4}.

Le diagnostic de certitude est apporté par l'histologie mais les examens paracliniques peuvent le suggérer. L'échographie, peu spécifique, montre une masse hétérogène et hyperéchogène, à différencier des lipomes atypiques et des autres sarcomes⁵.

Le scanner abdominal montre typiquement une tumeur d'aspect hétérogène associant densités musculaire et graisseuse, pouvant comporter des septa^{6,7}.

Il détermine la taille de la tumeur et fournit le bilan d'extension précis permettant une décision thérapeutique. Il permet aussi un dépistage précoce des récurrences⁶.

Dans le cas présent, le CT-scanner a clairement montré l'aspect en double densité.

La résonance magnétique nucléaire semble très fiable dans le diagnostic des liposarcomes, d'autant que les images obtenues coïncident bien avec l'aspect anatomopathologique. Les liposarcomes bien différenciés ont un signal d'intensité proche de celui des tissus mous, alors que les autres apparaissent hyposignal en T1 et hypersignal en T2⁸.

Le grade histologique, qui évalue le degré de différenciation de la tumeur en fonction du tissu d'origine, et le sous-type histologique, qui décrit l'architecture de la tumeur, constituent les plus importants facteurs pour le pronostic et la survenue des métastases⁹.

Plusieurs classifications ont été proposées. La plus utilisée est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé qui décrit 4 catégories histologiques de malignité croissante^{2,6}.

La classification de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) qui est de plus en plus utilisée en Europe et aux Etats-Unis définit 3 grades obtenus par addition des degrés de différenciation, de l'index mitotique et du degré de nécrose tumorale¹⁰. Cette gradation n'est valable que pour les sarcomes des tissus mous chez l'adulte, et non utilisable pour les sarcomes viscéraux ou osseux, ni pour les sarcomes des tissus mous chez l'enfant.

Les ganglions régionaux sont rarement envahis, car la dissémination se fait essentiellement par voie hématogène¹¹.

La fréquence des métastases à 5 ans est de moins de 10 % pour le grade 1, 70 % pour le grade 3, et non clairement établie pour le grade 2¹⁰.

Le poumon et le foie sont les localisations prédominantes des métastases à distance, suivis par la peau et les vaisseaux.

La chirurgie est le seul traitement curatif du liposarcome. Une résection large de la tumeur en marges saines diminue le risque de récurrence locale^{2,4,6,12}.

Lorsque le liposarcome entreprend le mésocôlon, le traitement chirurgical consiste en une résection colique et mésocolique correspondante, avec remise en continuité.

Le taux de récurrence quand les marges ne sont pas saines est de 44 % à 5 ans pour les liposarcomes rétro-péritonéaux, mais non clairement défini pour les liposarcomes intra-abdominaux¹³.

La résection complète quand la reprise est possible reste le traitement de choix des récurrences loco-régionales¹³.

En l'absence d'étude randomisée contrôlée, le rôle de la radiothérapie adjuvante dans les liposarcomes reste controversé^{12,13}. Le rôle de la chimiothérapie n'est non plus clarifié^{1,4,13}.

Dans l'étude de Hassan et coll. portant sur 97 patients, 47 patients avaient reçu de la radiothérapie pré-, per- ou postopératoire sans diminution significative de la récurrence locale ni amélioration de la survie¹³. Dans les tumeurs de haut grade et dans les cas de résection incomplète, une radiothérapie adjuvante devrait être envisagée^{1,4,12,13}.

Dans notre cas, la tumeur étant de bas grade et les marges de résection étant saines, aucun traitement adjuvant n'a été proposé.

Un CT-scanner thoraco-abdominal de suivi devrait être réalisé tous les 6 mois⁶.

CONCLUSION

Le liposarcome du mésocôlon représente une localisation extrêmement rare du liposarcome.

Le diagnostic est généralement retardé. Le grade et le sous-type histologiques doivent être obtenus pour déterminer le pronostic.

La résection large de la tumeur et du côlon correspondant reste le meilleur traitement.

La radiothérapie et la chimiothérapie semblent être réservées aux récurrences et aux lésions avancées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Goel AK, Sinha S, Kumar A, Karak AK, Chattopadhyay TK : Liposarcoma of the mesocolon - case report of a rare lesion. *Surg Today* 1994 ; 24 : 1003-6
2. Amato G, Martella A, Ferraraccio F *et al* : Well differentiated "lipoma-like" liposarcoma of the sigmoid mesocolon and multiple lipomatosis of the rectosigmoid colon. Report of a case. *Hepatogastroenterology* 1998 ; 45 : 2151-6
3. Frank P, Batzenschlager A, Schaeffer F, Irrmann M : Problèmes thérapeutiques posés par les liposarcomes intra-abdominaux. *Chirurgie* 1989 ; 115 : 446-56
4. Ruth B : Liposarcoma of the mesentery. *Ann Surg* 1946 ; 519-23
5. Hagege H, Damasio-Colombo M, Fouet P : Les liposarcomes rétro-péritonéaux, mise au point à propos de 2 observations. *Sém Hôp Paris* 1987 ; 53 : 1181-5
6. Eresue D, Philippe JC, Casenave P *et al* : Tomodensitométrie des lipomes et liposarcomes abdominaux de l'adulte. A propos de 9 cas. *J Radiol* 1984 ; 65 : 145-9
7. Barile A, Zugaro L, Catalucci A *et al* : Soft tissue liposarcoma : histological subtypes, MRI and CT findings. *Radiol Med* 2002 ; 104 : 140-9
8. Gelineck J, Keller J, Myhre Jensen O, Nielsen OS, Christensen T : Evaluation of lipomatous soft tissue tumors by MR imaging. *Acta Radiol* 1994 ; 35 : 367-70
9. Coindre JM, Terrier P, Guillou L *et al* : Predictive value of grade for metastasis development in the main histologic types of adult soft tissue sarcomas : a study of 1240 patients from the French Federation of Cancer Centers Sarcoma Group. *Cancer* 2001 ; 91 : 1914-26
10. Coindre JM, Trojani M, Contesso G *et al* : Reproducibility of a histopathologic grading system for adult soft tissue sarcoma. *Cancer* 1986 ; 58 : 306-9
11. Ariel IM : Incidence of metastases to lymph nodes from soft-tissue sarcomas. *Semin Surg Oncol* 1988 ; 4 : 27-9
12. McGinn CJ : The role of radiation therapy in resectable retroperitoneal sarcomas. *Surg Oncol* 2000 ; 9 : 61-5
13. Hassan I, Park SZ, Donohue JH *et al* : Operative management of primary retroperitoneal sarcomas : a reappraisal of an institutional experience. *Ann Surg* 2004 ; 239 : 244-50

Correspondance et tirés à part :

W. NGATCHOU DJOMO
Rue de la Soierie 21
1190 Bruxelles

Travail reçu le 23 novembre 2004 ; accepté dans sa version définitive le 19 décembre 2005.