

Lipome mésentérique grêle : diagnostic différentiel et revue de la littérature

Small intestine mesenteric lipoma: differential diagnosis and review of the literature

Mazy D, De Neubourg F et Liberale G

Service de Chirurgie, Institut Jules Bordet, Université libre de Bruxelles (ULB)

RESUME

Le lipome est une tumeur bénigne extrêmement fréquente, de localisation aussi diverse que variée, formée de cellules adipocytaires matures. Cependant, seuls quelques rares cas de lipome du mésentère ont été rapportés. Nous rapportons le cas d'une femme de 69 ans présentant une suspicion de masse ovarienne droite découverte fortuitement à l'imagerie médicale. A l'exploration chirurgicale, la masse s'est révélée être d'allure lipomateuse et située au sein du mésentère grêle. L'histologie définitive a confirmé le diagnostic de lipome intramésentérique. Nous profitons de ce cas pour réaliser une synthèse des diagnostics différentiels et une revue de la littérature des lipomes intramésentériques grêles.

*Rev Med Brux 2019 ; 40 : 35-8
Doi : 10.30637/2019.17-084*

ABSTRACT

Lipoma is an extremely common benign tumor of localization as diverse as varied, consisting of mature adipocyte cells. However, only a few rare cases of lipoma of the mesentery have been reported. We report the case of a 69-year-old woman with a suspicion of right ovarian mass discovered accidentally in medical imaging. At surgical exploration, the mass was found to be lipomatous in appearance and located within the small mesentery. The definitive histology confirmed the diagnosis of intramesenteric lipoma. We take advantage of this case to carry out a synthesis of differential diagnoses and a review of the literature of the small Bowel intramesenteric lipomas.

*Rev Med Brux 2019 ; 40 : 35-8
Doi : 10.30637/2019.17-084*

Key words : lipoma, intramesenteric mass, ovarian mass, diagnosis

INTRODUCTION

Le lipome est une tumeur des tissus mous, extrêmement fréquente, composée de cellules adipocytaires matures. Ces tumeurs peuvent être superficielles ou profondément situées, cependant la localisation mésentérique est rare¹. En général, ces lésions sont ignorées sauf en cas de gêne esthétique ou de symptômes associés. Concernant la localisation intra-abdominale, quelques cas de lipomes causant des douleurs abdominales diffuses, des occlusions ou encore des perforations intestinales ont été reportés^{1,2}. Nous rapportons le cas clinique d'une patiente opérée pour une suspicion de masse ovarienne qui s'est révélée être un lipome intramésentérique grêle à l'exploration chirurgicale. Nous réalisons une synthèse des

diagnostics différentiels et une revue de la littérature des lipomes intramésentériques grêles.

CAS CLINIQUE

Une femme de 69 ans, ménopausée sans traitement hormonal de substitution, se présente dans notre Institut dans le cadre de son suivi gynécologique. A l'échographie endovaginale, une formation solide et hétérogène avec de fins échos hyperéchogènes de 63 x 37 x 59 mm est décrite en rétro-utérin latéral droit (figure 1). Les ovaires ne sont pas formellement visualisés. Cette masse n'était pas rapportée lors de l'examen échographique réalisé 2 ans auparavant. L'examen physique gynécologique ne met aucune anomalie en évidence. A l'interrogatoire systématique,

Figure 1 : Echographie endovaginale mettant en évidence une masse de 63 x 37 mm.



la patiente rapporte des troubles du transit occasionnels sans aucune autre plainte associée. Parmi les antécédents chirurgicaux, on note une intervention abdominale pour pelvipéritonite à la suite d'un curetage utérin. Par ailleurs, la patiente ne prend aucune médication.

Dans le cadre de cette découverte, un bilan comportant une biologie sanguine, le marqueur CA-125 et une résonance magnétique nucléaire (RMN) du pelvis est réalisé. La prise de sang et le marqueur CA-125 sont normaux. La RMN pelvienne en séquences pondérées T1 et T2, sans et avec injection de produit de contraste, met en évidence une formation graisseuse de 55 x 38 mm vraisemblablement aux dépens de l'ovaire droit pouvant plaider en faveur d'un tératome ovarien (figure 2). Il n'y a pas d'ascite ou de macroadénopathie. Etant donné l'apparition assez récente de la masse et sa nature imprécise, une annexectomie bilatérale est proposée à la patiente. L'intervention est réalisée par laparotomie sous ombilicale au vu de la taille de celle-ci. Lors de l'exploration chirurgicale, aucune atteinte ovarienne n'est visualisée et le pelvis est sans particularité. A l'exploration de la cavité abdominale, nous avons mis en évidence une masse jaunâtre à surface lisse de type lipomateuse localisée au sein du mésentère grêle (figure 3). Nous avons réalisé l'exérèse complète de cette masse sans résection digestive, avec fermeture de la brèche formée dans le mésentère. Une analyse extemporanée anatomopathologique de celle-ci n'a pas mis de lésion maligne en évidence. L'analyse anatomopathologique définitive décrit une tumeur formée de tissu adipeux mature sans atypie avec de rares travées fibreuses compatible avec un lipome (figure 4). Après reprise du transit et mobilisation, la patiente a été autorisée à retourner à son domicile au 3ème jour post-opératoire.

Figure 2 : Résonance magnétique nucléaire pelvienne mettant en évidence une masse de 55 x 38 mm. Séquence pondérée T2, sans produit de contraste.

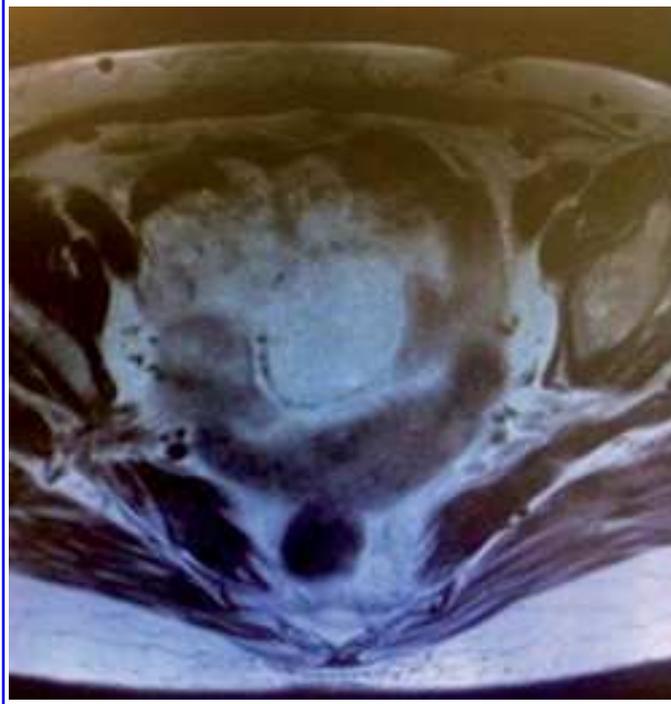


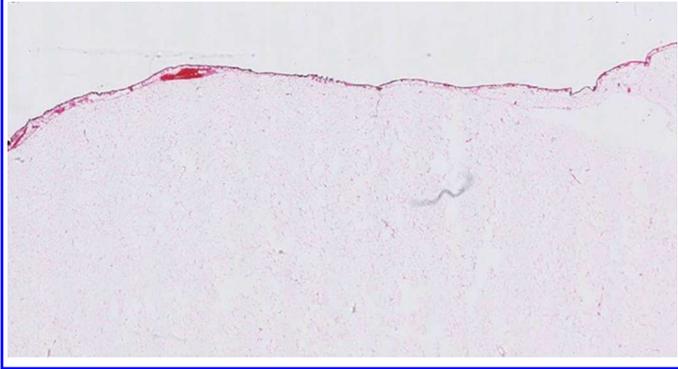
Figure 3 : Vue peropératoire de la masse intra-mésentérique de l'intestin grêle.



DISCUSSION

La prévalence des lipomes intra-abdominaux est difficile à évaluer étant donné que ceux-ci sont souvent cliniquement asymptomatiques et donc méconnus. Les quelques cas décrits ont été diagnostiqués au cours de mise au point de masse abdominale, de douleurs abdominales, d'occlusion, de volvulus ou encore de perforation intestinale¹⁻³. Les manifestations cliniques

Figure 4 : Coupe anatomopathologique. Grossissement 2,5 x avec coloration à l'hématoxyline éosine.



dépendent de la taille et de la topographie de la masse. Par ailleurs l'incidence des lipomes, quelle que soit la localisation, semble être augmentée chez les patients diabétiques, obèses, présentant une hypercholestérolémie et dans des régions traumatisées³. Dans le cas de notre patiente, nous retrouvons un antécédent de pelvipéritonite ayant pu éventuellement favoriser l'apparition d'un lipome mésentérique. Par ailleurs, la patiente décrivait des troubles du transit intestinal, ce qui peut représenter un symptôme, totalement aspécifique, d'une masse intra-abdominale. Dans la littérature, à notre connaissance, deux cas de confusion diagnostic entre un tératome ovarien et un lipome mésentérique ont été rapportés et ce, chez une femme enceinte et un enfant de 4 ans⁴ (tableau 1). Aucune réelle corrélation n'est retrouvée entre ces cas. Le lipome intramésentérique grêle est rarement rapporté dans le diagnostic différentiel de masse ovarienne, celui-ci étant déjà vaste et varié. Il reprend les masses tumorales ovariennes bénignes et malignes, primitives ou secondaires, les masses gynécologiques bénignes et malignes, ainsi que les lésions non gynécologiques telles que les abcès et les diverticules vésicaux⁵.

Le diagnostic différentiel des masses intramésentériques est également extrêmement varié. D'une part, il comprend le diagnostic des masses se développant au dépend d'éléments intramésentériques à proprement parler, comme le tissu mésenchymateux, les vaisseaux lymphatiques et sanguins ou encore le tissu nerveux. D'autre part, on retrouve également des masses épimésentériques se développant à partir du péritoine telles que la carcinomatose péritonéale ou des mésothéliomes, ainsi que des masses extra-

mésentériques comme les tumeurs ovariennes^{2,6-11} (tableau 2).

Tableau 2 : Diagnostics différentiels des masses du mésentère.

Tumeurs intramésentériques

1) Tumeurs d'origine lymphatique

- Lymphangiome kystique
- Lymphome (plus fréquente lésion maligne)
- Métastase de tumeurs grêles (carcinoïdes)
- Maladie de Castelman
- Adénopathie (mycobactéries atypiques, Crohn, mastocytose, sarcoïdose, ...)

2) Tumeurs d'origine mésenchymateuse

- Lipome (lésions bénignes les plus fréquentes)
- Fibrome (lésions bénignes les plus fréquentes)
- Tumeur desmoïde
- Liposarcome
- Lipoblastome
- Fibrosarcome
- Gist (gastro-intestinal stromal tumor)
- Léiomyome
- Léiomyosarcome

3) Tumeurs d'origine nerveuse

- Schwannome
- Parangliome

4) Tumeurs d'origine vasculaire

- Hémangiome
- Varice

5) Tumeurs d'origine inflammatoire

- Mésentérite sclérosante
- Maladie de Whipple
- Hématome enkysté
- Kyste hydatique

6) Tumeurs d'origine péritonéale (épimésentérique)

- Carcinomatose péritonéale
- Kyste mésentérique
- Mésothéliome bénin ou malin

Tumeurs extramésentériques

(pouvant mimer une masse intramésentérique à l'imagerie)

- Tumeur ovarienne bénigne ou maligne
- Tératome intra-abdominal
- Pseudokyste (post-traumatique)
- Parangliome
- Gist
- Tumeur neuro-endocrine (carcinoïde)
- Léiomyome
- Léiomyosarcome
- Endométriose

Tableau 1 : Comparaisons de cas de lipomes mésentériques mimant une masse ovarienne.

Articles	Sherer DM, 2002	Swati D, 2017	Cas présenté
Âges	25 (enceinte)	4	69
Symptômes	Douleurs abdominales	Douleurs abdominales	Absence relative
Imageries	Echographie puis RMN	Echographie puis scanner	Echographie puis RMN
Tailles	120 x 100 x 55 mm	38 x 55 x 57 mm	70 x 70 x 30 mm
Traitements	chirurgical	chirurgical	chirurgical

RMN : résonance magnétique nucléaire.

Il paraît extrêmement complexe de donner des chiffres en termes de fréquences étant donné le nombre de cas de masses mésentériques répertoriés ainsi que les nombreux cas méconnus. Cependant, les lipomes et fibromes sont les masses bénignes les plus fréquentes tandis que le lymphome est la lésion maligne la plus retrouvée. Le bilan d'imagerie de masses pelviennes nécessite la réalisation d'une tomodensitométrie avec injection de produit de contraste et d'une résonance magnétique^{7,8}.

Pour notre patiente, étant donné l'aspect lipidique de la masse et l'origine ovarienne non clairement identifiée, le diagnostic de lipome intramésentérique aurait pu être évoqué. Nous insistons également sur l'absence relative de symptômes spécifiques liés à la masse ainsi que sur la découverte incidente de celle-ci lors d'un suivi échographique gynécologique. Toutefois, ceci montre la difficulté que l'on peut rencontrer dans le diagnostic différentiel de masse pelvienne malgré l'utilisation d'une imagerie préopératoire telle que la RMN. En cas de diagnostic d'une masse intramésentérique, une sanction chirurgicale est souvent proposée soit pour pallier aux symptômes qui ont mené au diagnostic de celle-ci, soit pour confirmer la nature bénigne de la masse en cas de découverte incidente⁶. En cas de suspicion de masse mésentérique bénigne de petite taille, un abord laparoscopique peut être proposé¹².

Dans le cas de notre patiente, l'intervention a été réalisée par laparotomie médiane du fait de sa taille et de son aspect solide. Toutefois, une laparoscopie exploratrice préalable aurait pu être envisagée étant donné la possibilité de confirmer le diagnostic suspecté, de réaliser une exploration de l'entièreté de la cavité abdominale et finalement de potentiellement réaliser des biopsies en cas de découverte d'une pathologie plus avancée d'origine indéterminée. En cas de masse intra-abdominale dont l'origine et le diagnostic ne peuvent pas être strictement confirmés par l'imagerie, une laparoscopie exploratrice s'impose afin d'en déterminer plus précisément la localisation.

CONCLUSION

Nous rapportons un cas rare de lipome intramésentérique découvert de manière incidente à l'examen gynécologique et diagnostiqué à l'imagerie préopératoire comme une suspicion de tératome ovarien. Le diagnostic différentiel de masses intramésentériques est multiple et comporte les masses d'origine intramésentérique et celles d'origine extramésentérique, les fibromes, les lipomes et les lymphomes étant les plus fréquents. Notre cas clinique rapporte la difficulté à laquelle le clinicien peut être

confronté à poser le diagnostic en cas de découverte d'une masse pelvienne malgré la réalisation d'une imagerie préopératoire optimale. La laparoscopie exploratrice reste le fer de lance pour évaluer l'origine d'une masse pelvienne et en réaliser l'exérèse en cas de taille modérée.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Watt DG, Sanjay P, Walsh SV, Young JA, Alijani A. Mesenteric lipoma causing small bowel perforation: a case report and review of literature. *Scott Med J*. 2012;57(4):1-3.
2. Cha JM, Lee JI, Joo KR, Choe JW, Jung SW, Shin HP *et al*. Giant Mesenteric Lipoma As an Unusual Cause of Abdominal Pain: A Case Report and a Review of the Literature. *J Korean Med Sci*. 2009;24(2):333-6.
3. Weiss SW. Lipomatous tumors. *Monogr Pathol*. 1996;38:207-39.
4. Deshmukh S, Hazard FK, Mueller CM. Mesenteric lipoma simulating an ovarian teratoma. *J Pediatr Surg Case Rep*. 2017;21:36-8.
5. Rauh-Hain JA, Melamed A, Buskwofie A, Schorge JO. Adnexal mass in the postmenopausal patient. *Clin Obstet Gynecol*. 2015;58(1):53-65.
6. Dufay C, Abdelli A, Le Pennec V, Chiche L. Mesenteric tumors: diagnosis and treatment. *J Visc Surg*. 2012;149(4):e239-e251.
7. Sheth S, Horton KM, Garland MR, Fishman EK. Mesenteric Neoplasms: CT Appearances of Primary and Secondary Tumors and Differential Diagnosis 1. *Radiographics*. 2003;23(2):457-73.
8. Guivarc'h M. Tumors of the mesentery. (Consulté le 12/04/17). Apropos of 102 cases. In: *Annales de chirurgie*. 1993:7-16. [Internet]. <http://europepmc.org/abstract/med/8161161>
9. Yannopoulos K, Stout AP. Primary solid tumors of the mesentery. *Cancer*. 1963;16(7):914-27.
10. Vasilescu C, Popa C, Ionescu M. Primary solid tumors of the mesentery. *Chir Buchar Rom* 1990. 1994;44(4):55-64.
11. Bernardino M, Jing B, Wallace S. Computed tomography diagnosis of mesenteric masses. *Am J Roentgenol*. 1979;132(1):33-6.
12. Tsushimi T, Matsui N, Kurazumi H, Takemoto Y, Oka K, Seyama A *et al*. Laparoscopic resection of an ileal lipoma: Report of a case. *Surg Today*. 2006;36(11):1007-11.

Correspondance :

D. MAZY
Institut Jules Bordet
Service de Chirurgie
Rue H. Bordet, 1
1000 Bruxelles.
E-mail : davimazy@ulb.ac.be

Travail reçu le 23 août 2017 ; accepté dans sa version définitive le 9 novembre 2017.