



Lipome colique : cas clinique et revue de la littérature Coloniclipoma: Case report and literaturereview

Ettabyaoui Ayoub¹, BenabdallahStaouniImane¹, Charifi Yahya¹El Bouardi Nizar¹, Haloua Meryem², Lamrani Alaoui MyYoussef¹, Boubbou Meriem², Mustapha Maâroufi¹, Alami Badre-eddine¹

1. Department of radiology and interventional imaging, CHU Hassan II, FEZ, Sidi Mohammed Ben Abdellah University, Morocco
 2. Department of radiology mother and child and interventional imaging, CHU Hassan II, FEZ, Sidi Mohammed Ben Abdellah University, Fes Morocco
- Corresponding author: EttabyaouiAyoub

Résumé Le lipome colique est une tumeur bénigne rarement rencontrée en pratique clinique courante. Nous rapportons le cas d'une patiente de 61ans, chez qui des accidents occlusifs ont fait découvrir un lipome du côlon ascendant. Le diagnostic a été porté en préopératoire par examen tomodensitométrique. Une lipectomie par colotomie a été réalisée. 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

Summary Coloniclipoma is a rare benign tumor infrequently met in clinical practice. We report a case of symptomatic lipoma of the ascending colon in a 61-year-old woman. Diagnosis was suspected on CT scan. Colotomy with lipectomy was performed. The diagnosis was confirmed by histological examination. Reviewing the literature and combining with our experience, we discuss the clinical features, diagnosis and treatment of this uncommon disease.

Received 04 Sep., 2022; Revised 17 Sep., 2022; Accepted 19 Sep., 2022 © The author(s) 2022.
Published with open access at www.questjournals.org

I. Cas clinique

Nous rapportons l'observation d'une patiente de 61 ans aux antécédents chirurgicaux d'appendicectomie dans l'enfance et de cholécystectomie pour lithiase vésiculaire symptomatique. La patiente avait récemment présenté, en l'espace de deux mois, trois épisodes de violentes douleurs abdominales spasmodiques, spontanément résolutive. L'examen clinique en dehors des crises ne révélait aucune anomalie particulière.

Une radiographie de l'abdomen sans préparation et une échographie abdominale, réalisées de première intention, n'objectaient aucune anomalie. La réalisation d'une coloscopie permettait d'individualiser une lésion angulaire droite d'allure sous-muqueuse, ulcérée à son sommet. Les biopsies réalisées sur le pied de la lésion montraient une muqueuse lieberkühnienne normale; celles réalisées sur les berges de l'ulcération objectaient une muqueuse de nature colique riche d'un chorion fibreux comportant quelques éléments lymphoplasmocytaires.

Un scanner abdominopelvien confirmait l'existence d'une masse intracolique de 45 mm de diamètre, de densité graisseuse. Une image évocatrice d'invagination colocolique d'amont était présente (Fig. 1). Aucune autre anomalie n'était visualisée sur le scanner.

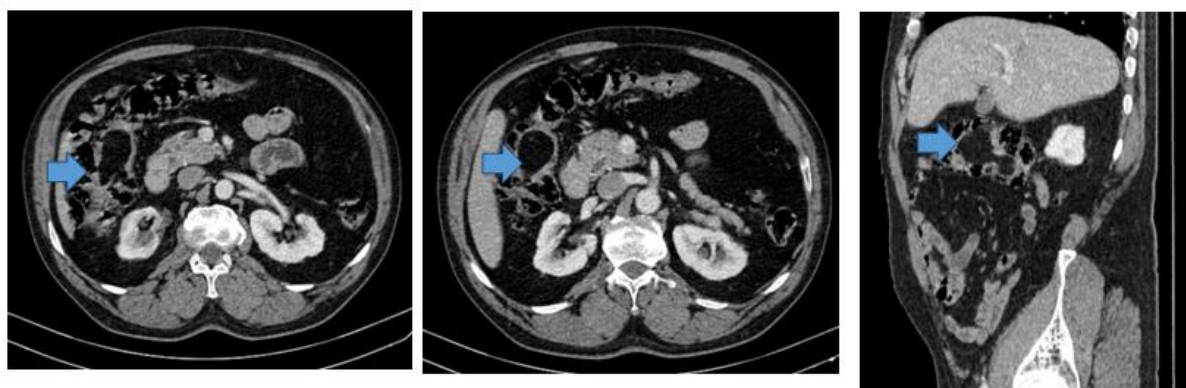


Figure 1 : coupes scannographiques en coupes axiales et sagittale objectivant une lésion très hypo dense de densité graisseuse enclavée au niveau de l'angle colique droit avec distension colique à ce niveau compatible avec un lipome colique

Il n'existait ni syndrome inflammatoire biologique, ni anémie et les marqueurs tumoraux ACE et CA19-9 étaient normaux.

La patiente était opérée par laparotomie médiane. Une colotomie était réalisée en regard du lipome qui permettait de mettre en évidence une lésion graisseuse sous-muqueuse pédiculée sur le bord mésocolique. Les suites postopératoires étaient simples.

L'anatomopathologie confirmait l'existence d'un lipome mature bénin développé au dépend de la sous-muqueuse colique avec ulcération du revêtement muqueux glandulaire en surface (Fig.2).



Figure 2 : Vue macroscopique du lipome colique après résection chirurgicale

II. Discussion

Le lipome colique a été décrit pour la première fois par Bauer en 1757. À ce jour, environ 320 cas ont été rapportés dans la littérature (à l'exclusion des séries autopsiques), le plus souvent sous forme de cas clinique. Les principales séries sont détaillées dans les Tableaux 1 et 2. L'incidence de cette lésion est estimée entre 0,2 et 4,4% [1—3] et représente 1,8 % des lésions coliques bénignes [4]. Il existe une prédominance féminine et l'âge de découverte se situe entre 50 et 65 ans [2—10]. La localisation la plus fréquente étant le côlon ascendant (40 à 85 %) [2—5,7,9—11].

Sur le plan anatomopathologique, le lipome se développe dans 90% des cas aux dépens des adipocytes de la sous-muqueuse [4,9]. Plus rarement, il se développe dans la sous-séreuse [9,12]. La lésion est le plus souvent isolée, mais des lésions multiples ont été rapportées dans environ 10 % des cas [3,6,7,9,11].

La plupart du temps, la découverte du lipome est fortuite lors d'une coloscopie de dépistage ou sur une pièce de colectomie [6]. Seuls 6% des lipomes sont symptomatiques [6]. La fréquence des symptômes est directement corrélée à la taille du lipome quand il est supérieur à 2 cm [2,4,5]. La symptomatologie est

aspécifique, essentiellement composée de douleurs abdominales, de constipation et/ou de rectorragies [2,4,8,10,13]. La lésion exerce par un phénomène purement mécanique, une obstruction partielle de la lumière colique associée à des phénomènes intermittents d'intussusception colocolique à l'origine d'ulcérations muqueuses [5,6,9,14—17]. Ces manifestations cliniques sont essentiellement l'apanage des lipomes sous-muqueux pédiculés du fait de leur grande mobilité. Les lipomes sous-séreux sont eux plutôt circulaires, ne présentant pas d'anomalie muqueuse et refoulant la muqueuse colique allant jusqu'à rétrécir ou obstruer la lumière colique [9].

Le plus difficile reste d'en faire le diagnostic de certitude préopératoire. Trois examens peuvent apporter des arguments en faveur du diagnostic. La coloscopie permet le plus souvent de visualiser la lésion lipomateuse. Elle se caractérise par une élévation de la muqueuse tendue sur le lipome (signe de la tente), une impression de masse molle sous la pince à biopsie (signe de l'oreiller) et enfin la visualisation de graisse jaune après réalisation d'une biopsie [10,18].

Le lavement baryté peut apporter des arguments en faveur du diagnostic. Le lipome apparaît alors comme une image de soustraction bien délimitée, régulière de forme ovoïde [4]. De manière caractéristique, la modification de la taille de la masse sous l'effet du péristaltisme colique peut être observé (squeeze sign) [9]. De nos jours, son intérêt reste discutable compte tenu des progrès apportés par le scanner. En effet, le scanner abdominal est à l'heure actuelle l'examen le plus utilisé et le plus fiable pour le diagnostic de lipome [4,13,14,19,20]. Il permet d'individualiser une masse ovoïde, régulière, bien délimitée, de densité graisseuse (-40 à -120 unités Hounsfield) [4,21]. Néanmoins, 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 [5].

Face à un lipome symptomatique, le traitement est la règle. Deux options sont alors possibles : l'exérèse endoscopique ou l'exérèse chirurgicale. Le choix de la technique reste difficile à établir compte tenu de l'hétérogénéité des cas rapportés. Certains auteurs suggèrent que la taille du lipome constitue le facteur limitant à l'exérèse endoscopique de la lésion. La limite de taille étant fixée au maximum à 2,5 cm [2,22]. Au-delà, les risques d'hémorragies et de perforations semblent trop importants [22,23]. Pour d'autres, l'exérèse endoscopique dépend moins de la taille du lipome que de la taille de son pédicule [13,18,24]. Plusieurs auteurs ont rapporté la faisabilité de l'exérèse endoscopique de lipomes pédiculés de grande taille allant de 2 à 11 cm [2,24—27]. Néanmoins, il est rapporté le cas de « pseudopédicule » dans lequel la séreuse colique vient s'invaginer du fait du poids et de la taille de la lésion. [28]. La résection de ce type de lésion emportant la séreuse conduit inévitablement à la perforation. Il semblerait également, que la résection à l'anse passant en zone lipomateuse peut être plus difficile compte tenu de son caractère pauvre en eau conduisant moins bien l'électrocoagulation de l'anse diathermique [29].

Pour ces raisons, Chase et Yarze ont proposé de s'aider de l'échoendoscopie devant les plus gros polypes afin de dépister l'existence de ces « pseudopédicules » [29]. Sur le plan technique, la plupart des résections endoscopiques se font à l'aide d'une large anse diathermique [29,30]. Le traitement chirurgical reste le traitement de choix des lipomes de grandes tailles symptomatiques et/ou compliqués [10,12,15]. Le geste réalisé dépend de la certitude diagnostique obtenue en préopératoire. La colotomie avec lipectomie est le traitement de référence en cas de certitude diagnostique et en l'absence de complication [8,10,13,15]. Dans les autres cas, doute diagnostique ou invagination colocolique aiguë, une résection colique segmentaire doit être envisagée [10,12,14,16,20,31]. Enfin, des cas de lipectomie par voie coelioscopique ont été rapportés [2,32,33].

L'attitude thérapeutique devant la découverte fortuite d'un lipome est encore moins évidente. En effet, la plupart des lipomes asymptomatiques sont retrouvés sur une pièce de colectomie réalisée soit pour une autre pathologie, soit pour une difficulté au diagnostic. Aucun cas de dégénérescence, ni de récurrence en cas d'exérèse complète, n'ont été rapportés [4,12,20]. Le plus souvent diagnostiqué au décours d'une coloscopie de dépistage, le lipome asymptomatique de petite taille peut être réséqué en cas de doute diagnostique [6]. Certains recommandent l'exérèse de principe des lésions accessibles à l'endoscopie [2]. En l'absence de doute diagnostique, l'attitude la plus raisonnable devant un lipome asymptomatique est l'abstention thérapeutique.

Références

- [1]. Weinberg T, Feldman Sr M. Lipomas of the gastrointestinal tract. *Am J Clin Pathol* 1955;25:272—81.
- [2]. Chung YF, Ho YH, Nyam DC, Leong AF, Seow-Choen F. Management of colonic lipomas. *Aust N Z J Surg* 1998;68:133—5.
- [3]. DeBeer RA, Shinya H. Colonic lipomas. An endoscopic analysis. *Gastrointest Endosc* 1975;22:90—1.
- [4]. Rogy MA, Mirza D, Berlakovich G, Winkelbauer F, Rauhs R. Submucous large-bowel lipomas — presentation and management. An 18-year study. *Eur J Surg* 1991;157:51—5.
- [5]. Buetow PC, Buck JL, Carr NJ, Pantongrag-Brown L, Ros PR, Cruess DF. Intussuscepted colonic lipomas: loss of fat attenuation on CT with pathologic correlation in 10 cases. *Abdom Imaging* 1996;21:153—6.
- [6]. 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.
- [7]. Hancock BJ, Vajner A. Lipomas of the colon: a clinicopathologic review. *Can J Surg* 1988;31:178—81.

- [8]. Creasy TS, Baker AR, Talbot IC, Veitch PS. Symptomatic submucosal lipoma of the large bowel. *Br J Surg* 1987;74:984—6.
- [9]. Michowitz M, Lazebnik N, Noy S, Lazebnik R. Lipoma of the colon. A report of 22 cases. *Am Surg* 1985;51:449—54.
- [10]. 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.
- [11]. Wychulis AR, Jackman RJ, Mayo CW. Submucosal lipomas of the colon and rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1964;118:337—40.
- [12]. Vecchio R, Ferrara M, Mosca F, Ignoto A, Latteri F. Lipomas of the large bowel. *Eur J Surg* 1996;162:915—9.
- [13]. Nakagoe T, Sawai T, Tsuji T, Tanaka K, Nanashima A, Shibasaki S, et al. Minilaparotomy approach for removal of a large colonic lipoma: report of two cases. *Surg Today* 2004;34:72—5.
- [14]. Rogers Jr SO, Lee MC, Ashley SW. Giant colonic lipoma as lead point for intermittent colo-colonic intussusception. *Surgery* 2002;131:687—8.
- [15]. Cirino E, Cali V, Basile G, Muscari C, Caragliano P, Petino A. Intestinal invagination caused by colonic lipoma. *Minerva Chir* 1996;51:717—23.
- [16]. Alponat A, Kok KY, Goh PM, Ngoi SS. Intermittent subacute intestinal obstruction due to a giant lipoma of the colon: a case report. *Am Surg* 1996;62:918—21.
- [17]. Franc-Law JM, Begin LR, Vasilevsky CA, Gordon PH. The dramatic presentation of colonic lipomata: report of two cases and review of the literature. *Am Surg* 2001;67:491—4.
- [18]. Bahadursingh AM, Robbins PL, Longo WE. Giant submucosal sigmoid colon lipoma. *Am J Surg* 2003;186:81—2.
- [19]. Liessi G, Pavanello M, Cesari S, Dell'Antonio C, Avventi P. Large lipomas of the colon: CT and MR findings in three symptomatic cases. *Abdom Imaging* 1996;21:150—2.
- [20]. Zurkirchen MA, Leutenegger A. Submucosal lipoma of the colon — report of 2 cases. *Swiss Surg* 1998;4:156—7.
- [21]. Notaro JR, Masser PA. Annular colon lipoma: a case report and review of the literature. *Surgery* 1991;110:570—2.
- [22]. Pfeil SA, Weaver MG, Abdul-Karim FW, Yang P. Colonic lipoma: outcome of endoscopic removal. *Gastrointest Endosc* 1990;36:435—8.
- [23]. Kim CY, Bandres D, Tio TL, Benjamin SB, Al Kawas FH. Endoscopic removal of large colonic lipomas. *Gastrointest Endosc* 2002;55:929—31.
- [24]. Stone C, Weber HC. Endoscopic removal of colonic lipomas. *Am J Gastroenterol* 2001;96:1295—7.
- [25]. Bar-Meir S, Halla A, Baratz M. Endoscopic removal of colonic lipoma. *Endoscopy* 1981;13:135—6.
- [26]. Kitamura K, Kitagawa S, Mori M, Haraguchi Y. Endoscopic correction of intussusception and removal of a colonic lipoma. *Gastrointest Endosc* 1990;36:509—11.
- [27]. Araki Y, Isomoto H, Tsuji Y, Matsumoto A, Yasunaga M, Hayashi K, et al. Endoscopic removal with clipping for colonic lipomas. *Kurume Med J* 1998;45:341—3.
- [29]. Khawaja FI. Pedunculated lipoma of the colon: risks of endoscopic removal. *South Med J* 1987;80:1176—9.
- [30]. Chase MP, Yarze JC. “Giant” colon lipoma — to attempt endoscopic resection or not? *Am J Gastroenterol* 2000;95: 2143—4.
- [31]. Tamura S, Yokoyama Y, Morita T, Tadokoro T, Higashidani Y, Onishi S. “Giant” colon lipoma: what kind of findings are necessary for the indication of endoscopic resection? *Am J Gastroenterol* 2001;96:1944—6.
- [32]. Bardaji M, Roset F, Camps R, Sant F, Fernandez-Layos MJ. Symptomatic colonic lipoma: differential diagnosis of large bowel tumors. *Int J Colorectal Dis* 1998;13:1—2.
- [33]. Saclarides TJ, Ko ST, Airan M, Dillon C, Franklin J. Laparoscopic removal of a large colonic lipoma. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1991;34:1027—9.
- [34]. Peters Jr MB, Obermeyer RJ, Ojeda HF, Knauer EM, Millie MP, Ertan A, et al. Laparoscopic management of colonic lipoma: a case report and review of the literature. *JLS* 2005;9: 342—4.