

## Liposarcome : Le faux frère du lipome ?

A. Moujahid, SK. M'Fa, A. Ouardi, Z. Badaoui, H. Buckat Buckat, A. Bakhil,  
Y. Ribag, A. Khales, H. Sabani, L. Khalfi, A. Achbouk, J. Hamama,  
K. Ababou, K. El Khatib

Department of Plastic and Maxillofacial Surgery, Mohammed V Military Hospital, Mohammed V University,  
Rabat, Morocco.

---

### **Abstract:**

*Liposarcomas are malignant tumors, located in the deep soft tissues. Relatively rare, they are located preferentially in the limbs. The positive diagnosis is essentially anatomopathological and allows to orientate the management. We report a series of four cases of liposarcoma, which underwent surgical excision with complementary radiotherapy. The objective of this study is to show the importance of a histological examination of any lipomatous swelling relatively benign, of an early diagnosis and the necessity of a multidisciplinary concertation, directing towards an adapted management guaranteeing a better prognosis.*

**Key Words:** Liposarcoma; Diagnosis; Treatment, Prognosis.

---

Date of Submission: 06-12-2022

Date of Acceptance: 19-12-2022

---

### **I. Introduction**

Les liposarcomes, tumeurs malignes d'origine mésenchymateuse, situés au niveau des tissus mous profonds, se développent rarement à partir du tissu graisseux sous cutané mais plutôt à partir des fascias profonds. Leur fréquence est relativement rare, bien qu'ils représentent 14 à 18% des tumeurs malignes des parties molles, se localisant préférentiellement au niveau des membres [1-5]. Leur diagnostic positif relevant essentiellement de l'examen anatomopathologique qui dictera la prise en charge après une concertation pluridisciplinaire.

### **II. Matérielset Méthode**

Nous rapportons une étude descriptive rétrospective, réalisée au sein du service de Chirurgie Plastique, Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie, de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat, sur une période de quinze ans allant de janvier 2006 à décembre 2021.

### **III. Résultats**

Les critères d'inclusion ont permis de recruter 4 patients chez qui le diagnostic de liposarcome a été retenu après réalisation d'un examen histologique. La prise en charge a comporté un traitement chirurgical avec complément de radiothérapie. Le sex-ratio de 3H/1F, avec une moyenne d'âge de 58 ans.

La localisation des liposarcomes est fessière chez 1 patient, au niveau du bras chez 1 patient et scapulaire dans 2 cas.

Tous nos patients ont consulté dans un délai d'évolution supérieur à 6 mois ; A noter qu'une patiente n'a pu consulter qu'après un assouplissement des mesures sanitaires liées à la COVID-19.

Le syndrome tumoral est le premier signe clinique rapporté par les patients, fait d'une tuméfaction sous cutanée. Par ailleurs, l'évolution était marquée par l'apparition d'une douleur et l'augmentation tumorale chez la quasi-totalité des patients, entraînant une impotence fonctionnelle chez 2 patients.

Notre examen clinique trouvait une masse palpable, de consistance molle chez 3 patients et ferme dans 1 cas, de taille variable allant de 3 à 43 cm de grand axe, indolore chez 2 patients, mobile par rapport au plan cutané dans la majorité des cas et fixe par rapport aux plans profonds dans un cas, sans signe inflammatoire en regard en dehors d'un patient ayant présenté une extériorisation tumorale après rupture de la barrière cutanée. On a retrouvé des adénopathies inguinales homolatérales chez 1 patient.

Le bilan paraclinique comprenait une échographie des parties molles chez 2 patients et une imagerie par résonance magnétique chez tous les patients avec un complément de tomographie thoraco-abdomino-pelvienne chez une patiente.

La biopsie est revenue en faveur d'un liposarcome, posant ainsi le diagnostic, avec une prédominance du liposarcome myxoïde après réalisation de l'étude immunohistochimique.

Deux patients ont bénéficié d'une exérèse tumorale en monobloc avec fermeture cutanée directe (Fig. 1 et 3), chez les 2 autres, en revanche, on a réalisé une exérèse tumorale avec des marges de sécurité complétée par une couverture dans un deuxième temps après cicatrisation dirigée (Fig. 2, 4-6). Un complément de radiothérapie était de mise chez tous les patients.

Une évaluation de la survie était difficile une fois les patients référés, en dehors d'un cas de liposarcome scapulaire pris en charge au stade précoce et qui présente une bonne évolution sans récurrence à ce jour.



Fig.1 Liposarcome du bras droit – aspect peropératoire

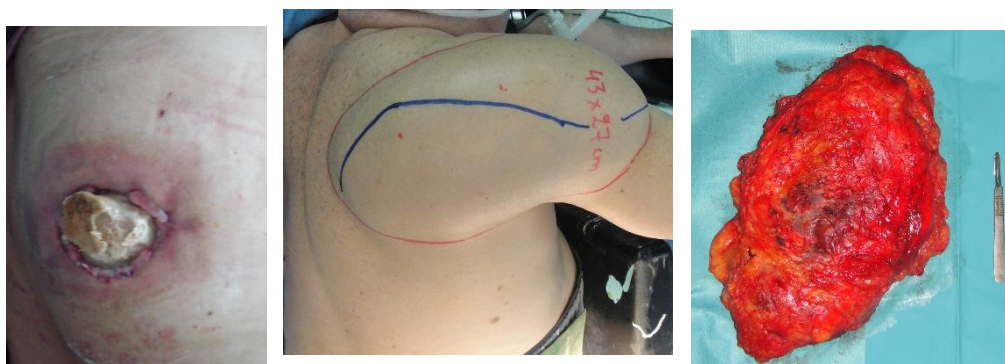


Fig.2 Liposarcome fessier

Fig.3 Liposarcome scapulaire



Fig.4 Liposarcome scapulaire – Aspect pré et peropératoire



Fig.5 IRM scapulaire

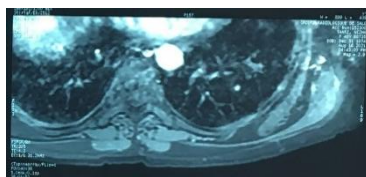


Fig.6 Couverture par greffe de peau mince

#### IV. Discussion

Néoplasmes des parties molles développés à partir des cellules mésenchymateuses primitives, les liposarcomes ont été décrits pour la première fois en 1860 par Virchow. C'est le sarcome le plus répandu des parties molles bien qu'il soit rare au niveau sous-cutané et exceptionnel au niveau cutané [6-10].

L'âge moyen de notre série ainsi que la prédominance masculine concordent avec les données de la littérature [2,8,11,12]

Sur le plan histologique, les sous-types de liposarcomes sont atypiques/bien différenciés, dédifférenciés, myxoïdes, pléiomorphes et myxoïdes pléiomorphes [13]. Différents auteurs trouvent une prédominance du liposarcome myxoïde, nos résultats concordent avec ces données [8,14,15]

Cliniquement, les liposarcomes se manifestent par une tuméfaction sous cutanée atypique associée ou non à une douleur selon le stade d'évolution et la localisation, cette dernière étant prédominante au niveau du membre inférieur [16,17]. Un parallélisme entre la taille et la malignité tumorale est rapporté dans la littérature, qui estime la taille tumorale moyenne des liposarcomes à environ 5 cm [18,19]. Dans notre étude, une patiente a présenté une taille tumorale à 3cm de grand axe, incitant à évoquer le diagnostic du liposarcome pour des dimensions moindres.

Une imagerie est réalisée dans le cadre de la prise en charge du liposarcome, d'abord dans un but diagnostique, où l'imagerie par résonance magnétique constitue le « gold standard », puis dans le cadre du bilan d'extension, par la réalisation d'une tomodensitométrie.

La prise en charge des liposarcomes est principalement chirurgicale, avec un complément de radiothérapie ; dans les formes métastatiques ou non opérables, la chimiothérapie trouve son indication. L'ablation d'une tumeur graisseuse par lipoaspiration sans étude histologique est possible, afin d'éviter une grande cicatrice, mais elle présente un risque majeur de dissémination tumorale et de passer à côté d'un liposarcome, car rien ne ressemble plus à un lipome qu'un liposarcome.

Le pronostic des liposarcomes dépend tout d'abord des facteurs liés à la pathologie, principalement le type histologique, puis de la qualité de l'exérèse chirurgicale et enfin des facteurs liés au patient (l'âge et le terrain) [6, 20].

La forme myxoïde qui constitue la forme anatomopathologique la plus fréquente (50%) est cliniquement plus maligne, récidive rapidement et de pronostic plus mauvais.

#### V. Conclusion

Les liposarcomes, sous-type rare, devant être évoqués devant toute tumeur des tissus mous, leur diagnostic de certitude repose sur l'examen histopathologique qui oriente le traitement. Ce dernier se base essentiellement sur la chirurgie et la radiothérapie qui constituent le « gold standard ». De notre travail ressort l'importance d'un diagnostic précoce et la nécessité d'une concertation pluridisciplinaire, orientant vers une prise en charge adaptée garant d'un meilleur pronostic.

#### Références

- [1]. El Ounia F, Jemni H, Trabelsi A, Ben Maitig M, Arifa N, Ben Rhouma K, Ben Ayech M, Tlili K. Liposarcoma of the extremities: MR imaging features and their correlation with pathologic data. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*. 2010; 96(8): 876-883. Google Scholar
- [2]. Fuchs A, Henrot PH, Walter F, Lochum S, Vignaud JM, Stines J, Blum A. Tumeurs graisseuses des parties molles des membres et des ceintures de l'adulte. *J Radiol*. 2002 Sep; 83(9 Pt 1): 1035-57. PubMed |Google Scholar
- [3]. Roh HS, Lee HE, Park MH, Ko JY, Suck Roo Y. Subcutaneous Myxoid and Round Cell Liposarcoma. *Ann Dermatol*. 2011 Aug; 23(3): 338-41. PubMed | Google Scholar

- [4]. Mssrouri Rahal, Benamr Said et al. Liposarcome cervicomédiastinal. *Feuillet de radiologie*. 2006; 46(5):349- 53. PubMed | Google Scholar
- [5]. Dumont Thierry, Simon E et al. Pathologies hypertrophiques des tissus graisseux de la face. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2006; 107(5):354-60. PubMed | Google Scholar
- [6]. Coindre JM, Alain Aurias FP. Well-differentiated and dedifferentiated liposarcomas. *Virchows Arch*. Feb 2010; 456(2):167-179. PubMed | Google Scholar
- [7]. WHO Classification of Tumours of soft Tissue and Bone 2002, chapter 1, 35-46. Google Scholar
- [8]. Dumont Thierry, Simon E et al. Pathologies hypertrophiques des tissus graisseux de la face. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2006; 107(5):354-60. PubMed | Google Scholar
- [9]. Angelo P. Liposarcoma: new entities and evolving concepts. *Ann Diagn Pathol* 2000;4:252–66.
- [10]. K. El Hamdouchi et al. Liposarcome du pouce. © 2006 Publié par Elsevier Masson SAS. doi:10.1016/j.anplas.2006.03.002
- [11]. Inaba Hiroto, Furuta Yochikau, Usuda R, Ohta S, Nakajima N, Muro H. Liposarcoma originating in the neck and the mediastinum after removal of mediastinal lipoma. *Kyobu Geka*. 2004; 57(10): 935-40. PubMed | Google Scholar
- [12]. Agbessi O et al. Liposarcome dorsal: aspect clinique rare. *Pan African Medical Journal*. 2015; 20:171 doi:10.11604/pamj.2015.20.171.5880
- [13]. WHO Classification of tumors of soft tissue and bone. 5th Ed. Vol. 3. IARC Press; 2020. 368p.
- [14]. Naim A et al. Liposarcome myxoïde sous cutané. *The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688*. *Pan African Medical Journal*. 2017; 26:162 doi:10.11604/pamj.2017.26.162.8494
- [15]. Buehler D, Marburger TB, Billings SD. Primary subcutaneous myxoid liposarcoma: a clinicopathologic review of three cases with molecular confirmation and discussion of the differential diagnosis. *J Cutan Pathol*. 2014 Dec; 41(12): 907- 15. PubMed | Google Scholar
- [16]. Houari S. Aspect anathomopathologique des liposarcomes à propos de 10 cas. 2010.
- [17]. Jeddi D et al. Liposarcomes Des Membres A Propos De 12 Cas. *Revue Marocaine de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique* N: 75. 2018. pp : 27-32.
- [18]. Zagars GK, Ballo MT, Pisters PW, Pollock RE, Patel SR, Benjamin RS, et al. Prognostic factors for patients with localized soft tissue sarcoma treated with conservation surgery and radiation therapy: an analysis of 225 patients. *Cancer* 2003; 97(10):2530- 43.
- [19]. C. Dreyer, E. Raymond, S. Faivre. Les thérapies ciblées et leurs indications dans les tumeurs solides. *La Revue de médecine interne* 30 - p (416–424)-2009.
- [20]. Sinaa M et al. Une association exceptionnelle d'un liposarcome dédifférencié retro péritonéal et d'un liposarcome bien différencié péri colique: à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal*. 2016;25:254. doi:10.11604/pamj.2016.25.254.10398

A. Moujahid, SK. M'Fa, et. al. "Liposarcome : Le faux frère du lipome ?." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 21(12), 2022, pp. 10-14.