

Lipome géant cervical avec extension parapharyngée inhabituelle

Giant cervical lipoma with unusual parapharyngeal extension

M. Hmidi*, H. Attifi, N. Touihem, H. Belatik, A. Elboukhari, K. Nadour

Service ORL et chirurgie cervico-faciale, hôpital militaire My Ismaïl, Meknès, Maroc

Reçu: 6 Novembre 2020, Accepté: 24 Décembre 2020; publié en ligne: 30 Avril 2021

RÉSUMÉ

Objectif: Discuter les particularités diagnostiques, thérapeutiques et évolutives d'un lipome géant cervical avec extension parapharyngée inhabituelle.

Observation: Nous présentons le cas d'une femme âgée de 62 ans qui a consulté pour une tuméfaction cervicale droite évoluant depuis 13 ans. La patiente n'a pas rapporté la notion de fièvre, de douleur cervicale, ni de signes de compression pharyngolaryngée. L'examen physique a retrouvé une volumineuse masse latéro-cervicale droite, étendue au lobule de l'oreille et à la région supra-claviculaire. La tomodensitométrie (TDM) a révélé une masse latéro-cervicale droite de densité grasseuse, s'étendant aux régions submandibulaire, parapharyngée et supraclaviculaire homolatérales. La patiente a eu une exérèse chirurgicale par abord transcervicale. Les suites opératoires ont été simples. L'examen histologique a conclu à un lipome. La patiente se portait bien avec un recul de 13 mois.

Conclusion: Les lipomes de la tête et du cou restent rares. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) représente l'examen complémentaire de choix à visée diagnostique et pronostique. L'exérèse chirurgicale complète est le traitement de référence. La certitude diagnostique reste histologique. Une surveillance postopératoire prolongée est indiquée.

Mots Clés: Lipome géant, Espace parapharyngé, Abord transcervical

ABSTRACT

Objective: To discuss the diagnostic, therapeutic and prognostic features of giant cervical lipoma with unusual parapharyngeal extension.

Observation: A 62-year-old woman presented to our outpatient clinic with a 13-year history of giant right cervical swelling without any fever, neck pain or compression pharyngolaryngeal signs. Physical examination showed a large right lateral neck mass extending to the earlobe and the supraclavicular region. Computed tomography (CT) revealed a right fat density laterocervical mass extending to the ipsilateral submandibular, parapharyngeal, and supraclavicular regions. The patient had surgical excision via a transcervical approach. The postoperative period was uneventful. Histologic examination identified the specimen as a lipoma. The patient was doing well with a 13-months follow-up.

Conclusion: Lipomas involving the head and neck are rare. MRI is not only a diagnostic tool but also a prognostic predictor. Surgical excision is a standard treatment. Histological examination confirms the diagnosis. Prolonged postoperative monitoring is recommended.

Key Words: Giant Lipoma, Parapharyngeal space, Transcervical approach

INTRODUCTION:

Le lipome est une tumeur bénigne d'origine mésenchymateuse, généralement de petite taille mesurant moins de 5 cm. Il est qualifié de géant lorsque sa taille dépasse 10 cm ou son poids est supérieur à 1000 g [1].

Bien que 13 % des lipomes soient développés au niveau de la tête et du cou, seulement 1 à 2 % sont observés dans l'espace parapharyngé [2].

Les lipomes de localisation simultanée cervicale et parapharyngée sont très rares. Nous rapportons un cas

de lipome géant sous-cutané latéro-cervical s'étendant dans l'espace parapharyngé diagnostiqué et traité dans notre service.

OBSERVATION:

Une femme âgée de 62 ans, sans antécédent pathologique particulier, consultait pour une tuméfaction cervicale droite, asymptomatique et d'évolution progressive sur 13 ans. L'examen physique retrouvait une volumineuse masse latéro-cervicale droite, lisse, molle, indolore, de 15 cm de grand axe, s'étendant du

* Auteur correspondant: Mounir Hmidi

Adresse: hôpital militaire My Ismaïl, boulevard El Hanssali, BP 50000, Meknès, Maroc

E-mail: drhmidimounir@gmail.com

lobule de l'oreille à la région supra-claviculaire droite et n'ascensionnant pas à la déglutition (Figure 1). Elle était mobile par rapport aux plans profond et superficiel. La peau en regard était saine. L'examen de la cavité orale ainsi que l'endoscopie naso-pharyngo-laryngée étaient sans particularités.



Figure 1 : Volumineuse tumeur latérocervicale droite

La tomodensitométrie (TDM) multicoupe injectée révélait une masse latérocervicale droite, située en dehors du muscle sternocléidomastoïdien, de densité grasseuse, compatible avec un lipome, mesurant 135x49 mm, et s'étendant aux régions submandibulaire, parapharyngée et supraclaviculaire homolatérales (Figure 2).

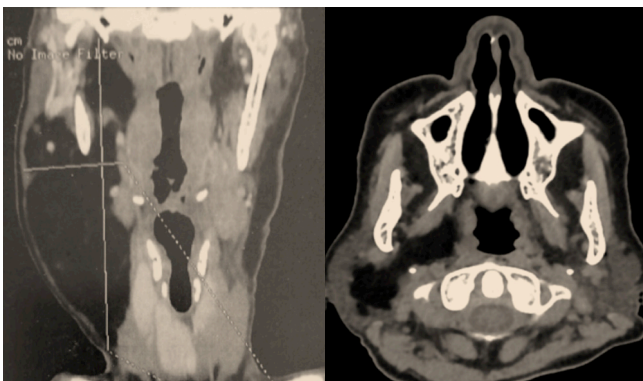


Figure 2 : TDM cervicofaciale en coupe coronale (A) et axiale (B) montrant une masse grasseuse latérocervicale droite située en dehors du muscle sternocléidomastoïdien, étendue aux régions submandibulaire, parapharyngée et supraclaviculaire homolatérales.

Une chirurgie d'exérèse par abord cervical latéral droit était pratiquée permettant une énucléation de la tumeur ainsi que son prolongement parapharyngé tout en préservant les structures neuro-vasculaires environnantes (artère carotide interne, veine jugulaire interne, nerf vague, nerf accessoire, nerf hypoglosse et sympathique cervical). La fermeture était réalisée en deux plans sur drain de Redon aspiratif N° 14. La masse pesait 440 grammes (Figure 3) et correspondait à l'histologie à un lipome venant consolider notre diagnostic clinique et tomodensitométrique. Les suites opératoires étaient simples avec ablation du drain au deuxième jour postopératoire. À 13 mois de suivi post-thérapeutique, aucune récurrence n'a été constatée.



Figure 3 : Pièce opératoire.

DISCUSSION

Les tumeurs de l'espace parapharyngé sont rares et représentent environ 0,5% de toutes les masses de la tête et du cou [2,3].

Il est encore plus rare de voir un lipome géant sous-cutané latérocervical s'étendant dans l'espace parapharyngé tel qu'observé pour notre patiente. À notre connaissance, seuls quelques cas ont été rapportés dans la littérature à ce jour [4].

Le lipome cervico-facial est généralement asymptomatique, mais peut le devenir par sa localisation et son volume. Le diagnostic différentiel se pose principalement avec le liposarcome. En l'occurrence, toute tumeur grasseuse ayant une taille supérieure à 5 cm, augmentant rapidement de volume et adhérente aux structures adjacentes devrait susciter des inquiétudes quant à une éventuelle malignité [5].

L'apport de l'imagerie médicale est considérable pour approcher le diagnostic (identifier la nature grasseuse de la masse), mais également pour préciser l'extension en profondeur de la lésion et de ses rapports vasculo-nerveux, orienter le choix de la voie d'abord chirurgicale



et dépister une éventuelle transformation maligne [6,7]. Classiquement, la TDM confirme la nature grasseuse de la lésion avec une densité comprise environ entre (-60) et (-120) unités Hounsfield et un signal identique à celui de la graisse sous-cutanée. Le lipome se présente en général comme une masse homogène, hypointense sans prise de contraste [6]. En IRM, il apparaît comme une lésion hyperintense en séquence T1, hypointense sur la séquence suppression du signal de la graisse [7]. L'IRM reste supérieure à la TDM pour le dépistage d'un liposarcome (identification de cloisons épaisses et irrégulières et des plages nodulaires et tissulaires, se rehaussant après injection de gadolinium) compte tenu de sa haute performance pour les tissus mous [6,7].

Le diagnostic de certitude est histologique et repose sur la mise en évidence des adipocytes matures séparés par de fines cloisons et délimités par une pseudocapsule sans atypie cellulaire.

Le traitement de choix consiste en une exérèse chirurgicale complète. Le choix de la voie d'abord est guidé par l'emplacement, la taille, la vascularité et la nature de la lésion. Dans notre cas, la présence d'éléments scanographiques, d'une taille tumorale dépassant 13 cm ont fait indiquer l'exérèse chirurgicale par abord transcervical.

La surveillance postopératoire prolongée est recommandée en raison des récurrences possibles et d'une éventuelle transformation du lipome géant en liposarcome [5].

CONCLUSION:

Le lipome géant cervical avec extension parapharyngée est une présentation clinique exceptionnelle. La hantise du chirurgien demeure l'élimination d'un liposarcome bien différencié. L'apport de l'IRM est considérable pour approcher le diagnostic, préciser l'extension et orienter le choix de la voie d'abord chirurgicale. L'histologie permet la confirmation diagnostique. Le traitement de référence consiste en une exérèse chirurgicale complète. La surveillance postopératoire prolongée est de règle en raison des récurrences possibles et d'une éventuelle dégénérescence maligne.

Considérations éthiques:

Déclaration d'intérêts: Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Déclaration de financement: Les auteurs déclarent ne pas avoir reçu de financement particulier pour ce travail.

REFERENCES:

1. Sanchez MR, Colomb FM, Moy JA. Giant lipoma: case report and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1993;28: 266–268
2. Makeieff M, Tumeurs parapharyngées. *Encycl Méd Chir* (2012), Oto-rhino-laryngologie, 20-605-C-10.
3. Garcia-Ortega DY, Gome-Pedraza A, Lun-Ortiz K. Parapharyngeal space lipomatosis with secondary dyspnea, dysphagia and disphonia [J]. *Int J Surg Case Rep*, 2015, 15 : 54-56.
4. Hakeem AH, Hakeem IH, Budharapu A, et al. Giant Parapharyngeal Space Lipoma Extending to the Pterygoid Region (Anterior Skull Base). *J Craniofac Surg* 2018; 29: 149-150.
5. Medina CR, Schneider S, Mitra A, Spears Jand Mitra A. Giant submental lipoma: Case report and review of the literature. *Can J Plast Surg*. 2007;15:219–22.
6. Ahuja AT, King AD, Kew J, et al. Head and neck lipomas: sonographic appearance. *AJNR Am J Neuroradiol* 1998;19:505–8.
7. Gaskin CM, Helms CA. Lipomas, lipoma variants, and well-differentiated liposarcomas (atypical lipomas): results of MRI evaluations of 126 consecutive fatty masses. *AJR Am J Roentgenol* 2004; 182:733-9.