



Les lipomes de la main : à propos de cinq cas et revue de la littérature

Lipomas of the hand: about five cases and review of the literature

Mohamed Mokhtar Jmal¹, Mohamed Ben Jemaa¹, Ameer Abid¹, Yosr Hentati², Wassim Zribi¹, Hassib Keskes¹

(1) Service d'orthopédie et de traumatologie CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

(2) Service d'imagerie médicale CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Auteur référent : Wassim ZRIBI

Mail : zribi.wassim@yahoo.fr

Résumé

Les lipomes représentent une pathologie courante. Leur localisation au niveau de la main et des doigts est rare. Ils sont parfois gênants sur le plan esthétique ou lorsqu'ils sont associés à des signes d'irritation nerveuse. L'apport de l'imagerie permet de suspecter la bénignité de la lésion. Le traitement est chirurgical basé sur l'exérèse. Nous présentons cinq cas de lipomes de la main pour étudier les particularités cliniques, paracliniques et les modalités thérapeutiques de ces lipomes.

Abstract:

Lipomas are a common pathology. Their localization in the hand and fingers is rare. They are sometimes aesthetically embarrassing or when associated with signs of nerve irritation. The contribution of imaging makes it possible to suspect the benignity of the lesion. The treatment is surgical based on excision. We present five cases of lipomas of the hand, and we try to develop its different clinical and paraclinical peculiarities and the therapeutic modalities of this entity.

I- Introduction

La pathologie tumorale bénigne de la main est fréquente et elle est principalement dominée par le kyste synovial. Les lipomes sont des tumeurs bénignes relativement courantes composées principalement du tissu adipeux constituées d'adipocytes matures. Les lipomes ne représentent que 1 à 3,8% des tumeurs de la main. Typiquement localisée dans la couche adipeuse sous-cutanée, le lipome se trouve rarement au contact de la gaine du tendon ou à un compartiment tendineux [1,2]. Les lipomes des parties molles sont les tumeurs bénignes les plus fréquentes des membres. Ils se comportent généralement comme des tuméfactions asymptomatiques, de croissance lente et progressive [5]. Cependant, parfois ils peuvent entraîner une symptomatologie en raison de la compression de structures nobles [1,3]. Notre objectif était d'étudier leurs aspects cliniques et d'illustrer les modalités thérapeutiques à travers une série de 5 cas

II- Matériel

Nous rapportons cinq cas de lipomes de localisations différentes chez cinq jeunes femmes: deux lipomes palmaires du pouce et du médius, une localisation dorsale de la troisième métacarpo-phalangienne et deux cas révélés par une compression du nerf médian dans le canal carpien (Fig 1, 2).



Figure 1 : une tumeur polylobée occupante la paume de la main en regard de la loge thénarienne faisant 3 cm de grand axe
A poly-lobed tumor occupying the palm of the hand looking at the thenar box making 3 cm long axis



Figure 2: Tumeur polylobée occupante la face dorsale de la troisième commissure faisant 2 cm de grand axe
Polylobed tumor occupying the dorsal surface of the third commissure making 2 cm major axis

L'échographie était systématique chez toutes les patientes objectivant la nature grasseuse de la tumeur (Fig 3). Un complément par une imagerie par résonance magnétique a été réalisé dans deux cas. Elle a objectivé un processus

tumoral grasseux, en Hypersignal T1 et T2, s'annulant après saturation de graisse et sans prise de Gadolinium (Fig 4).

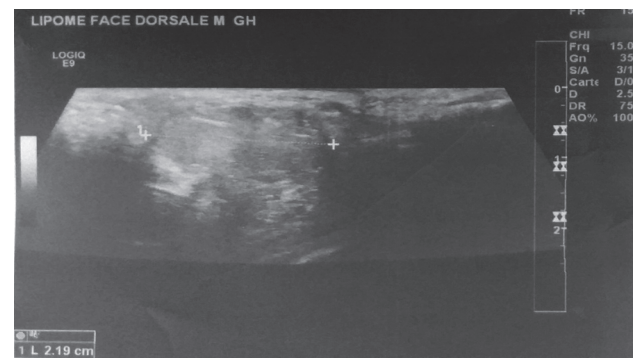


Figure 3 : échographie de la main : une formation ovale bien limitée d'écho structure fibrillaire

Ultrasound of the hand: a well-defined oval formation of echo fibrillar structure

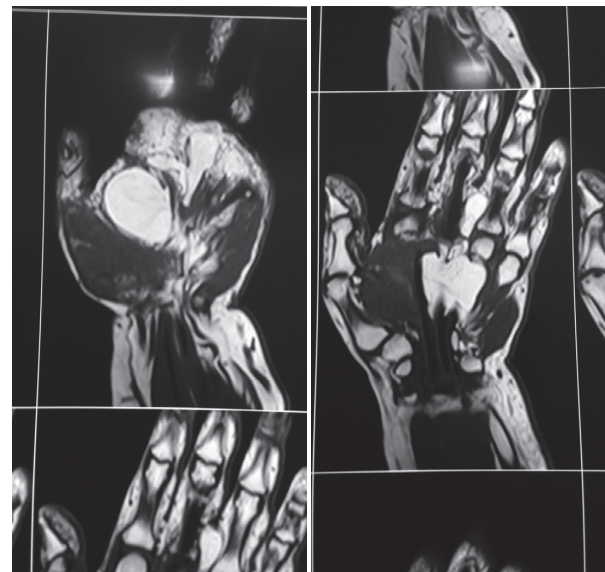


Figure 4 : IRM : un processus tumoral grasseux, occupant la loge thénarienne et la 3^{ème} commissure inter digitale gauche, en Hyper T1 et T2
MRI: a fatty tumor process, occupying the thenar box and the 3rd left inter-digital commissure, in Hyper T1 and T2

L'exploration par EMG a été pratiquée chez deux patients qui présentent des signes neurologiques et qui a conclu dans les deux cas à une compression du nerf médian en regard de la masse lipomateuse. Toutes les patientes ont eu une exérèse chirurgicale (Fig 5,6). L'examen anatomopathologique après exérèse a conclu à la nature lipomateuse des tumeurs et à l'absence de signes de dégénérescence. Les résultats ont été jugés bons avec une bonne récupération fonctionnelle de la main et absence de récurrence locale.



Figure 5 : Une voie d'abord longitudinale suivant le pli d'opposition du pouce
A longitudinal approach along the opposite fold of the thumb

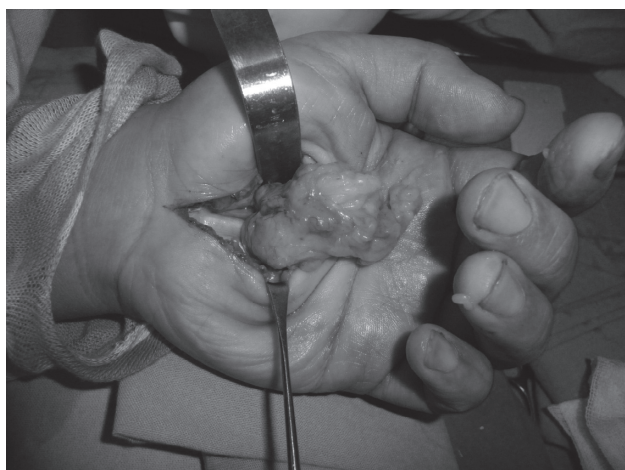


Figure 6 : Une tumeur graisseuse encapsulée
An encapsulated fat tumor



Figure 7 : Voie d'abord a été faite en dorsale en regard de la 3^{ème} commissure inter digitale
First track was made in dorsal with regard to the 3rd inter digital commissure

III- Discussion

Les lipomes sont des tumeurs bénignes des tissus mous qui se développent généralement entre la cinquième et la septième décennie de vie. La localisation est plus fréquente au niveau du membre inférieur (35%), du tronc et des racines des membres (30%) et au membre supérieur (20%)^[4].

L'étiologie du lipome est inconnue. Plusieurs facteurs ont été proposés qui comprennent des déclencheurs génétiques^[5] tel que translocations et réarrangements de la région chromosomique 12q13~q15^[5,6], déclencheurs traumatiques^[6-8] et métaboliques^[1,9].

Les lipomes se présentent le plus souvent comme une masse solitaire, molle, indolore et mobile, qui prend du volume lentement. Lorsqu'il est sous-cutané, le diagnostic peut être posé par une sensation « pâteuse » caractéristique à la palpation. L'application d'un pack de glace sur la tumeur pour refroidir et durcir la graisse a également été utilisée pour aider au diagnostic^[6].

Le lipome de la main est en général asymptomatique et reste indolore avec une évolution lente, ce qui explique le volume important de la tuméfaction lors de la première consultation. La gêne esthétique est le motif de consultation le plus fréquent surtout pour les localisations dorsales. Le déficit sensitif a été rarement rapporté pour des localisations palmaires et qui compriment avec prédilection le nerf médian. Des présentations symptomatiques similaires ont

été largement rapportées dans la littérature. Des lipomes qui limitent l'amplitude des mouvements et déforment le poignet ou les doigts^[9,2] une diminution de la force de préhension^[9] ou provoquant une paralysie musculaire^[10] des douleurs articulaires^[11] des doigts à ressaut^[13], des dysesthésies^[13], et une atrophie musculaire à un stade avancé ou par une négligence de la symptomatologie compressive.

Une capsule entoure généralement une masse lobulaire molle, jaune à orange.

L'imagerie est nécessaire pour faire la confirmation de la nature graisseuse de la tuméfaction suspectée cliniquement. L'échographie montre une homogénéité, hyper-échogène circonscrite^[14]. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) montre un hyper signal homogène semblable à la graisse sous-cutanée et permet de mieux analyser la tuméfaction^[11-15].

Le principal diagnostic différentiel est le liposarcome. L'abstention thérapeutique peut être discutée devant des petites lésions asymptomatiques. Cependant, l'exérèse chirurgicale est indiquée en cas de douleur, d'interférence avec la fonction de la main, de neuropathie par compression ou de gênes esthétiques^[16,9]. D'autres techniques ont été rapporté telles que la liposuction^[17] et l'exérèse endoscopique qui visent à minimiser les cicatrices.

Les complications opératoires comprennent les lésions neuro-vasculaires, les hématomes et les hémorragies^[18]. La division des nerfs peut produire des dysesthésies persistantes.

Rarement, une récurrence peut être préoccupante et elle est généralement secondaire à une exérèse incomplète de lésions profondes infiltrantes ou à des enchevêtrements dans des structures neuro-vasculaires^[19]

IV- Conclusion

Les lipomes de la main représentent une localisation rare. Les lipomes sous-cutanés simples peuvent être diagnostiqués par l'anamnèse et l'examen physique seuls. Pour les tumeurs plus compliquées, l'imagerie par résonance magnétique est la plus utile pour le diagnostic et la planification préopératoire. La plupart des lipomes sont traités par excision chirurgicale avec peu de complications ou de récurrence. La dégénérescence maligne est rare.

V- References

- 1- Weiss SW, Goldblum JR. Benign Lipomatous Tumors. In: Enzinger FM, Weiss SW, eds. Soft Tissue Tumors. 3rd ed. St Louis, Mo: Mosby; 1995:381-430.
- 2- Froimson AI. Benign solid tumors. Hand Clin. 1987;3(2):213-7.
- 3- Sandberg AA. Updates on the cytogenetics and molecular genetics of bone and soft tissue tumors: lipoma. Cancer Genet Cytogenet. 2004;150(2):93-115.
- 4- Phalen GS, Kendrick JI, Rodriguez JM. Lipomas of the upper extremity: a series of fifteen tumors in the hand and wrist and six tumors causing nerve compression. Am J Surg. 1971;121(3):298-306.
- 5- Rydholm A, Berg NO. Size, site and clinical incidence of lipoma: factors in the differential diagnosis of lipoma and sarcoma. Acta Orthop Scand. 1983;54(6):929-34.
- 6- Signorini M, Campiglio GL. Posttraumatic lipomas: where do they really come from? Plast Reconstr Surg. 1998;101(3):699-705.

- 7- Aust MC, Spies M, Kall S, et al. Lipomas after blunt soft tissue trauma: are they real? Analysis of 31 cases. *Br J Dermatol.* 2007;157(1):92-9.
- 8- Posch JL. Tumors of the hand. *J Bone Joint Surg Am.* 1956;38-A(3):517-39 discussion, 539–540; passim.
- 9- Oster LH, BlairWF, Steyers CM. Large lipomas in the deep palmar space. *JHand Surg* 1989;14(4):700-
- 10- McFarland GB, Jr,Hoffer MM. Paralysis of the intrinsic muscles of the hand secondary to lipoma in Guyon's tunnel. *J Bone Joint Surg Am.* 71;53(2):3756.
- 11- Fernandez-Sueiro JL, Pinto JA, Blanco FJ, et al. Multiple parosteal lipoma associated to polyarthritis. *Joint Bone Spine.* 2006;73(2):202-4.
- 12- Pampliega T, Arenas AJ. An unusual trigger finger. *Acta Orthop Belg.* 1997;63(2):132-3.
- 13- Sonoda H, Takasita M, Taira H, Higashi T, Tsumura H. Carpal tunnel syndrome and trigger wrist caused by a lipoma arising from flexor tenosynovium: a case report. *J Hand Surg Am.* 2002;27(6):1056-8.
- 14- James JJ, Robin A, Wilson M, Evans AJ. The Breast. In: Adam A, Dixon AK, eds. *Grainger & Allison's Diagnostic Radiology.* 5th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2008.
- 15- Babins DM, Lubahn JD. Palmar lipomas associated with compression of the median nerve. *J Bone Joint Surg Am.* 1994;76(9):1360-2.
- 16- Leffert RD. Lipomas of the upper extremity. *J Bone Joint Surg Am.* 1972;54(6):1262-6.
- 17- Choi CW, Kim BJ, Moon SE, Youn SW, Park KC, Huh CH. Treatment of lipomas assisted with tumescent liposuction. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21(2):243-6.
- 18- Cribb GL, Cool WP, Ford DJ, Mangham DC. Giant lipomatous tumours of the hand and forearm. *J Hand Surg Br.* 2005;30(5):509-12.
- 19- Bancroft LW, Kransdorf MJ, Peterson JJ, O'Connor MI. Benign fatty tumors: classification, clinical course, imaging appearance, and treatment. *Skeletal Radiol.* 2006;35(10):719-33.