

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

RECHERCHE SCIENTIFIQUE



U.S.T.T-B UNIVERSITE DES SCIENCES TECHNIQUES
ET DE TECHNOLOGIES DE BAMAKO
(USTTB)



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
(FMOS)

Mémoire pour obtenir le
Diplôme Universitaire d'Echographie Générale
D.U

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
Par

Docteur Benoit TOLOFOUDIE

Pour l'obtention du Diplôme d'Université d'Echographie Générale

THEME

APPORT DE L'ECHOGRAPHIE ET DE LA TOMODENSIMETRE DANS
DIAGNOSTIC D'UN CAS DE LIPOME MESENTERIQUE GEANT DANS
LE SERVICE DE L'IMAGERIE MEDICALE DE L'HOPITAL
NIANAKORO FOMBA DE SEGOU

Jury

President: Mr. ADAMA D KEITA.
Co-directeur: Mr TOUNGARA HAMIDOU
Membre : Mr LASSENI DIARRA
Directeur : Mr Mahamadou DIALLO

DEDICACES

Je dédie ce travail :

- A la mémoire de mon cher papa F JUSTIN TOLOFOUDIE. Les mots m'expriment pas assez ce que je j'éprouve en ce jour aussi important de ma vie. Puisse ce travail te faire plaisir, dort en paix mon cher Papa.

- A ma chère maman BERNADETTE SANGALA ; Merci pour tous les plaisirs, la tendresse, la compréhension, les sourires et l'amour que tu nous as toujours donnés. Les mots me manquent pour exprimer mes sentiments envers toi maman ; celle qui s'est toujours battue pour mes frères et moi.

Mère retrouve en ce travail modeste qui est le tien un bout de tous ces efforts que tu as dépensé pour moi, le reste est à venir s'il plait à DIEU.

- A la mémoire de mon jeune frère JEAN TOLOFOUDIE, tu t'es battu contre ce mal et durant tout ce temps de souffrance physique, tu nous as toujours rassuré par tes sourires et ton courage, mais hélas ce mal à eu le dessus sur toi. Puisse Dieu t'accueillir dans son paradis.

- A mes frères et sœurs : Barthelemy, Hortense, Anne, Marcel, Marie Pascaline, Korotim, votre apport dans ce travail a été grand, vous avez su me reconforter à chaque fois que j'en avais besoin.

- A mes deux enfants Casimir et Bernadette. Ce travail est aussi le vôtre.

REMERCIEMENTS :

Au seigneur Dieu de miséricordes qui m'a permis de réaliser cette œuvre. Gloire soit rendue à toi seul pour des siècles et des siècles. Ainsi soit-il.

Au Docteur TOUNGARA HAMIDOU, chef De l'unité d'imagerie médicale de **l'Hôpital Nianakoro Fomba** de Ségou, aux assistants, aux secrétaires et aux internes du service, Merci pour votre disponibilité, vos conseils et la bonne courtoisie. Que Dieu soit votre soutien dans vos travaux de tous les jours.

Aux collègues promotionnels du DU-échographie générale 2023, Dr Dembélé Mamadou, Dr Tangara Seydou, Dr Coulibaly Mamadou

Au personnel du service de l'imagerie médicale de Ségou merci pour votre bonne collaboration, puisse DIEU vous donner longue vie et réussite dans vos différents projets.

HOMMAGES A NOTRE MEMBRE DU JURY

A notre maître et président de jury

- **M. Adama Diaman KEITA, professeur agrégé en Radiologie, chef de l'unité d'imagerie médicale du CHU Point G**

Cher président, c'est avec abnégation que vous avez décidé de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Cela témoigne encore une fois de plus de l'importance que vous donnez à notre formation. Vous incarnez des qualités sociales enviabes : une modestie exemplaire, un sens élevé de l'honneur d'humilité et du don de soi. Vous êtes pour nous un modèle de clarté d'efficacité de disponibilité et de travail acharné. Veuillez agréer, cher maître l'énoncé de notre admiration et soyez rassurer de notre extrême reconnaissance.

A notre maitre et co-directeur de mémoire, Dr TOUNGARA HAMIDOU

- **Spécialiste en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale**
- **Chargé de recherche**
- **Praticien hospitalier**
- **Chef de service de Radiologie et Imagerie Médicale de l'hôpital**
- **Nianankoro Fomba de Ségou**

Membre de la société malienne d'Imagerie Médicale (SOMIM)

société de radiologie d'Afrique noire francophone (SRANF)

Simple, ouvert et toujours disponible pour les apprenants, vous nous faites un grand honneur et un immense plaisir en codirigeant ce travail.

Votre ardeur dans le travail, votre souci constant du travail bien fait et votre recherche perpétuelle de l'excellence fait de vous un maitre distingué.

Rassurez-vous cher maitre que nous ferons bon usage de tous ceux que nous avons appris de vous.

Cher maitre puisse le Dieu de succès vous accompagner tout au long de votre vie.

A notre maitre et directeur de mémoire, M. Mahamadou DIALLO

- **Professeur titulaire de Radiologie et d'Imagerie Médicale à la FMPOS de Bamako**
- **Spécialiste en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale**
- **Expert Radioprotection et sureté des sources de rayonnement**
- **Chef de l'unité Radiologique et d'Imagerie Médicale au centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE**
- **□□Membre de plusieurs sociétés nationales et internationales de Radiologie**

C'est un honneur et un privilège d'être compté parmi vos élèves. Que Dieu vous donne santé et longévité afin que plusieurs générations puissent profiter de la qualité de votre formation.

Accepter cher maître, mes sincères remerciements pour la qualité de la formation reçue.

À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Dr Lasseni DIARRA

- **Spécialiste en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale**
- **Chargé de recherche**
- **Assistant au CHU HGT**

Cher maître, C'est pour nous un très grand honneur que vous acceptiez de siéger parmi notre honorable jury. Nous avons été impressionnés par vos compétences, vos qualités humaines ainsi que les efforts déployés à nous former. Nous sommes également particulièrement reconnaissants et sensible à votre soutien précieux au cours de l'élaboration de ce travail. Nous vous prions de croire l'expression de notre profond respect et admiration

SOMMAIRE

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION..... 12

OBJECTIFS..... 13

I- Généralités 15

 1- Définition :..... 15

 2- EPIDEMIOLOGIE : 15

 3- Rappel anatomique de l'abdomen : 15

 3.1. La cavité péritonéale : 15

 3.3. Vascularisation 19

 3.4. *Retour veineux*: 22

 3.5. L'innervation abdominale 23

 4- Lipome :..... 23

 1- Signe clique :..... 23

 2- Diagnostic positif :..... 24

 3- Causes : 24

 4- Diagnostic différentiel : 24

 5- Prise en charge :..... 25

II- METHODES ET MATERIEL 27

 1- METHODE :..... 27

 CADRE D'ETUDE :..... 27

 PERSONNEL DU SERVICE : 27

 2- MATERIELS :..... 28

 3- EXAMEN PARACLINIQUE :..... 29

 a - ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE :..... 29

 b - TDM ABDOMINALE :..... 32

COMMENTAIRES ET DISCUSSION 37

CONCLUSION 41

RECOMMANDATIONS..... 43

BIBLIOGRAPHIES. 45

LISTE DES ABREVIATIONS

- ALAT : Alanine Amino-Transferase,
- ASAT : Aspartame Amino-Transferase,
- CRP : Protein c reactive
- DU : Diplôme Universitaire,
- NFS : numération Formule Sanguine,
- IRM : Imagerie de résonance magnétique
- GB : Globules Blancs,
- VS : Vitesse de Sédimentation,
- VR : Valeur de référence
- P. E : Polynucléaire éosinophile
- P. N : Polynucléaire neutrophile
- P. B : Polynucléaire basophile
- TDM : Tomodensitométrie
- T C K : Temps de céphaline Kaolin
- T P : Taux de prothrombine

INTRODUCTION

INTRODUCTION.

Le lipome est une tumeur des tissus mous, très fréquente, composée de cellules adipocytaires matures. Ces tumeurs peuvent apparaître à la surface ou profondément situées, mais les localisations mésentériques sont rares [1]. En général, ces tumeurs sont négligées sauf en cas de gêne esthétique ou de signes associés. En ce qui est de la situation intra-abdominale, certains cas de cette tumeur qui provoquent des douleurs abdominales diffuses, des obstructions ou des ouvertures de l'intestin ont été reportés [1,2].

On parle de lipome géants quand sa taille dépasse 100 mm ou si le poids dépasse 1000g [3].

Le lipome du mésentère est une cause secondaire du volvulus du grêle [4-5].

Les masses mésentériques sont majoritairement d'origine lymphatique. La prévalence des masses des kystes mésentériques est d'environ un pour cent mille admissions aux États-Unis, avec cinquante pour cent de lymphangiomes kystiques [6]. Les lymphomes sont les tumeurs solides mésentériques les plus fréquentes [7]. Les lésions endocrines du grêle sont moins fréquentes, mais des ganglions métastatiques des mésentères sont observés dans quatre vingt à quatre-vingt-dix pour cent des cas [8].

Les lipomes superficiels sont le plus souvent localisés au dos, aux épaules, au cou et à l'abdomen, suivis des bras et des cuisses [9]. Nous rapportons un cas de lipome géant mésentérique chez une dame de 45 ans.

OBJECTIFS

OBJECTIF GÉNÉRAL

Décrire le rôle de l'échographie dans le diagnostic du lipome mésentérique géant.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Déterminer le profil sociodémographique de la patiente.
- Décrire les aspects cliniques, biologiques et échographiques,
- Déterminer la fréquence des pathologies du lipome observé à l'échographie.

GENERALITES

I- GENERALITES

1- Définition :

Tumeur formée de globule gras, le plus souvent située entre la couche musculaire sous-jacente.

2- EPIDEMIOLOGIE :

Les masses mésentériques sont majoritairement d'origine lymphatique. La prévalence des masses des kystes mésentériques est estimée à un pour cent mille admissions aux États-Unis, avec cinquante pour cent de lymphangiomes kystiques [6]

- . Les lymphomes sont les tumeurs solides mésentériques les plus fréquente [7]
- . Les tumeurs endocrines du grêle ne sont pas très fréquentes, mais des ganglions métastatiques des mésentères sont observées dans 80 à 90 % des cas [8].

3- Rappel anatomique de l'abdomen :

L'abdomen est subdivisé en neuf quadrants (Figure 1). L'alvéole abdominale est fragmentée du thorax par les coupes diaphragmatiques. En arrière, on n'a la colonne vertébrale et par les muscles profonds de la paroi lombaire ; latéralement et devant on n'a le groupe latéral et médial des muscles de la paroi de l'abdomen et leur gaine tendineuse. En bas, la cavité abdominale est fermée par le système musculaire du plancher pelvien.

L'alvéole abdominale contient la cavité péritonéale, tapissée de péritoine, l'espace rétro péritonéal situé en avant du rachis et l'espace sous péritonéal, espace conjonctif situé dans le petit bassin sous le péritoine [10].

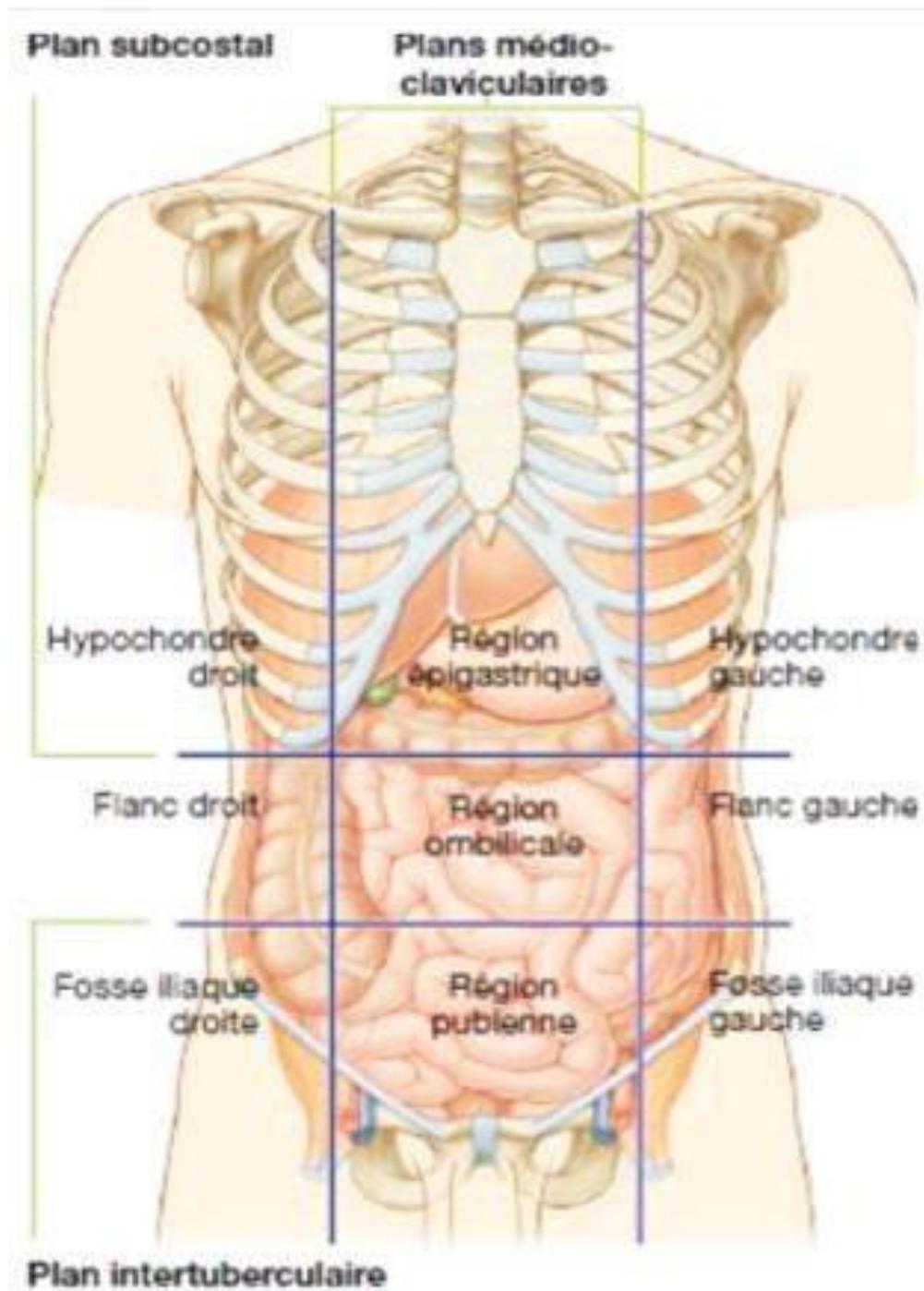
3.1. La cavité péritonéale :

C'est est une enveloppe qui contient en intégralité ou en morceau la plupart des organes de l'alvéole abdomino-pelvienne, et qui tapisse entièrement ses parois.

La cavité péritonéale est fractionnée en deux [2] étages par le mésocolon transverse :

LIPOME MÉSÉNTÉRIQUE GEANT À PROPOS D'UN CAS

L'étage sus-mésocolique et sous-mésocolique. L'étage sus-mésocolique est divisé en 5 parties ou récessus péritonéaux :



Cranien

Figure 1 : neuf quadrants de l'abdomen et le pelvis [11] gauche.

Les cages inter hépatiques et diaphragmatiques droite et gauche :

On les appelle aussi loges sub-phréniques ou sous-phréniques ou interhépatophréniques. Elles sont situées entre la courbure du foie et le diaphragme. Elles sont fractionnées de part et d'autre par le ligament falciforme.

- La loge sous-hépatique :

Cette loge est située entre l'estomac et le petit omentum d'une part, et d'autre part par la face inférieure du foie.

- La loge péri-splénique :

Cette loge est située autour de la rate ; elle va prolonger la loge sous-phrénique gauche en arrière.

La bourse omentale :

C'est un large diverticule qui prolonge la grande alvéole péritonéale dans l'étage sus-mésocolique. Elle communique avec l'alvéole du péritoine par le foramen épiploïque.

L'étage sous mésocolique est divisé par le mésentère et sa racine en loge ou espace supra-mésentérique (latéro-mésentérique droit) et espace infra-mésentérique (latéro-mésentérique gauche).

Entre la paroi abdominale latérale et respectivement l'angle colique droite et l'angle colique gauche côlons, se trouvent les deux gouttières pariéto-coliques (ou para-coliques) droite et gauche. En-dessous du mésocôlon sigmoïdien, se définit le récessus inter-sigmoïdien.

En cas d'une pathologie inflammatoire ou infectieuse, les collections des espaces subphréniques droit et sous-hépatique peuvent s'étendre vers le côté droit de la région pelvienne à travers la gouttière pariéto-colique droite ou l'espace supra-mésentérique. Les épanchements ont tendance à s'accumuler dans le cul-de-sac vésico-rectal chez l'homme ou recto-utérin chez la femme à cause de sa position déclive [10].

L'espace rétro-péritonéal :

Le rétro-péritoine s'étend du diaphragme au coccyx. En avant, il est limité par le péritoine qui est doublé par le fascia proprii. En arrière, le rétro-péritoine est limité par les plans pariétaux qui sont doublés profondément par le fascia pariétalis, correspondant à la partie de la paroi antéro-latérale de l'abdomen au fascia transversalis [12].

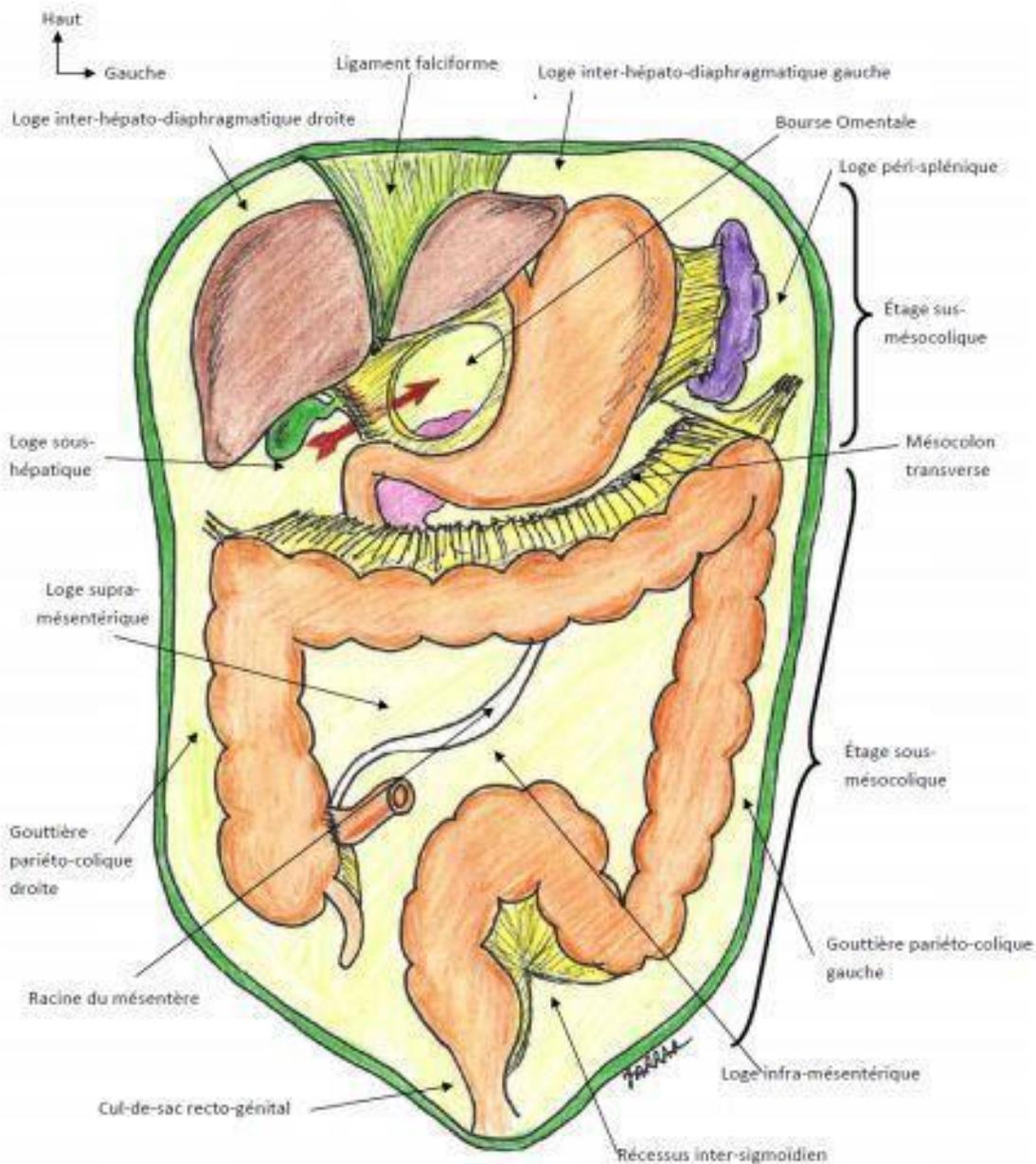


Figure 2: vue de face montrant les différentes loges de l'alvéole péritonéale [13]

La présence de ces fascias limitant les structures rétropéritonéales permet de diviser l'espace rétropéritonéal en trois compartiments d'avant en arrière : espace pararénal antérieur, périrénal, pararénal postérieur [14].

3.2. Espace sous péritonéal :

L'espace sous péritonéal contient la partie terminale de l'appareil urinaire (vessie et urètre), l'appareil génital et la partie terminale de l'appareil digestif qui est formée par le rectum et le canal anal [10].

3.3. Vascularisation

Artères abdominales

L'aorte descendante pénètre dans la cavité abdominale au niveau de D12. Le tronc coeliaque naît au niveau de D12-L1. **Après** une courte distance **de** 10 à 30 mm, **il** se divise **pour donner les artères hépatiques commune, gastrique gauche, coronaire stomachique et splénique.**

L'artère hépatique commune se sépare en arrière par la tête du pancréas en artère hépatique propre et artère gastroduodénale. La première se va vers le hile du foie pour prendre fin en ses deux branches terminales, les artères hépatiques gauche et droite. Elle a pour collatérale importante l'artère célibataire. L'artère gastroduodénale va donner à son tour les artères gastroépiploïque droite et pancréaticoduodénale inférieure droite. L'artère gastrique droite a une origine variable dans l'axe hépatique commune-hépatique propre.

L'artère du mésentère supérieure naît de l'aorte à 10 mm en bas du tronc coeliaque. Elles ont pour branches collatérales sont : l'artère duodénopancréatique inférieure gauche, les branches jéjunales et iléales, l'artère colique droite supérieure, l'artère colique droite moyenne et l'iléocolique.

Les artères rénales droite et gauche naissent de chaque côté de l'aorte abdominale en bas du point d'origine de l'artère du mésentère supérieur, et se trouvent en relation avec le plan veineux qui les couvre par devant. Elles peuvent être en nombre d'une à trois de chaque côté.

LIPOME MESENTERIQUE GEANT A PROPOS D'UN CAS

Dans ce dernier cas, elles sont représentées par une artère rénale et deux artères polaires supérieure et inférieure. Des faces antérolatérales de l'aorte surgissent, un peu en bas de la naissance des artères rénales, les artères spermatiques ou ovariennes qui suivent un trajet descendant et divergeant vers les gonades.

L'artère mésentérique inférieure naît de la face antérieure de l'aorte. Elle donne des branches collatérales pour le côlon gauche et se termine par les artères hémorroïdaires pour le tiers supérieur du rectum.

L'aorte abdominale dans toute sa longueur donne des branches collatérales lombaires étagées par paires, équivalentes aux artères intercostales dans le thorax.

L'aorte se termine au niveau de L4 en se divisant en trois branches, les artères iliaques primitives gauche et droite et l'artère sacrée moyenne.

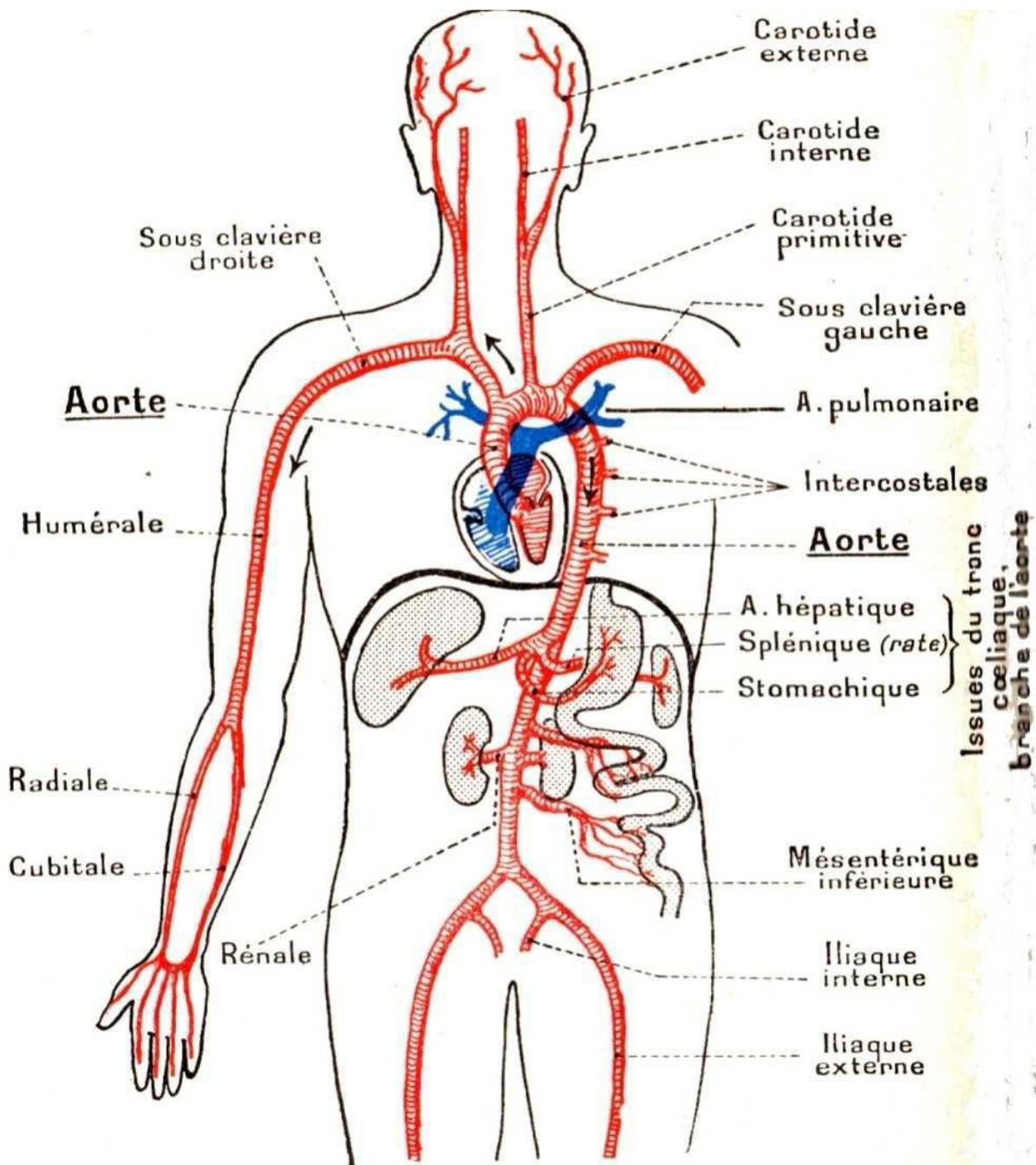


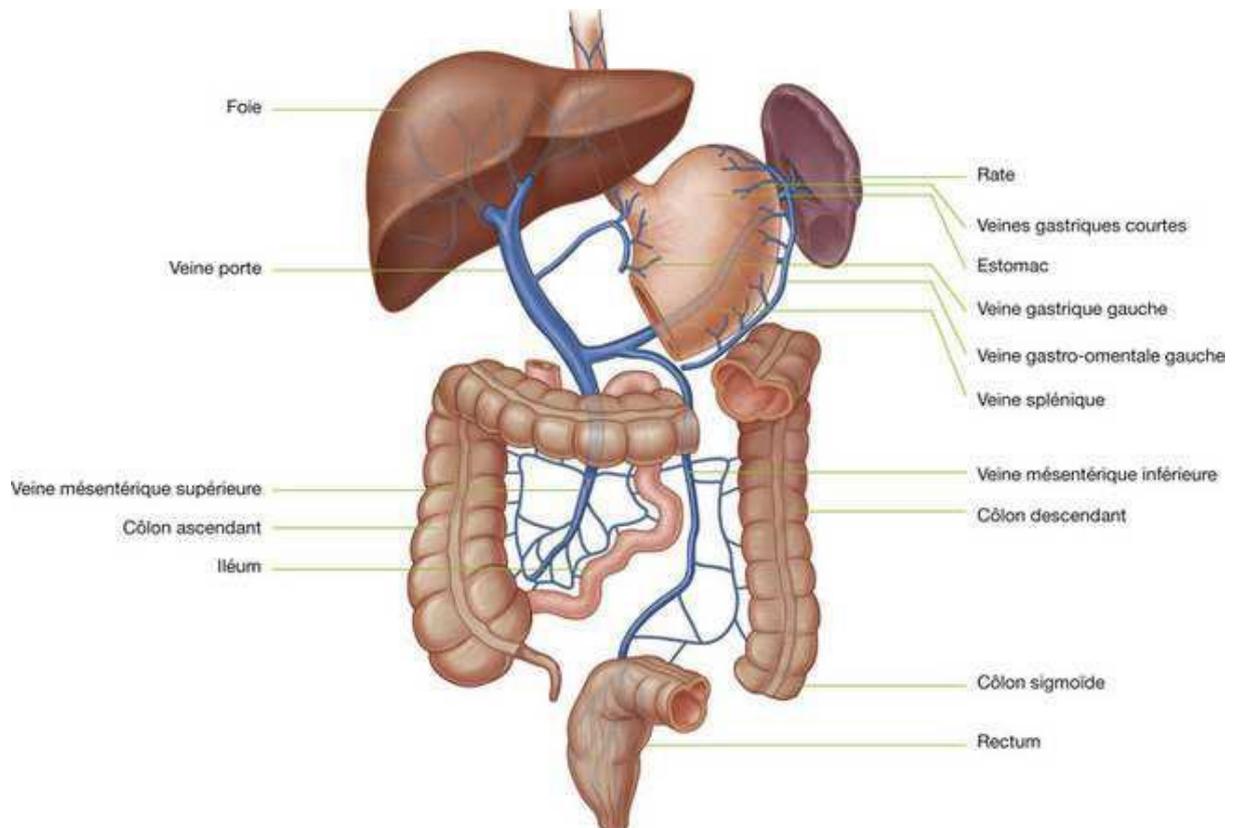
FIG. 98. — Schéma très simple de l'appareil circulatoire artériel de l'Homme.

Figure 3 : Vascularisation artérielle [14] : **Changan S. Traumatismes abdominaux de l'adulte apport de l'échographie et de la tomographie en urgence. Feuille de radiologie. 1994 ; 34 : 197-203.**

3.4. Retour veineux [7] :

Se fait par le tronc porte ou la veine porte. Cette veine de grand calibre qui transporte le sang veineux (pauvre en O₂) qui provienne de la zone de l'appareil digestif qui se trouve sous le diaphragme vers le foie en le perfusant.

Son passage se au niveau de la jonction veineuse qui est entre le tronc spléno-mésaraïque et la veine du mésentère supérieur. En après elle se sépare du foie en 2 branches portales, une branche droite et une branche gauche, en direction du filtre du foie avant d'être conduite dans la circulation normale.



• Figure 4 : Retour veineux abdominal [15] : Mme. Imane OUILKI. Contusions abdominales au CHU Mohammed VI de Marrakech. [Thèse]. Chirurgie : Marrakech Maroc ; 2010.

BENABBAS HASSIBA et BENACHOUR KENZA. Les traumatismes de l'abdomen au CHU KHELILAMRANE de Bejaïa. [Mémoire]. Chirurgies viscérales, urgences et d'anesthésie-réanimation : Algérie

3.5. L'innervation abdominale [15]

Elle est organisée en 2 systèmes : une chaîne de nerfs rachidiens réservé à la musculature striée des parois ; et un système nerveux autonome spécialisé dans l'innervation de la musculature lisse des viscères et des vaisseaux.

Il est la tumeur la plus fréquent des parties molles. Il s'agit de tumeur bénigne constituée d'un tissu adipeux mature avec des adipocytes uniformes en taille et en forme (16)

Les différentes localisations de lipome sont :

- *abdominale,
- *cervicale,
- *Tronc du corps,
- *les aisselles,
- *les bras,
- *les cuisses.

4- Lipome :

1- Signe cliqué :

Un lipome se présente comme une masse douce, ronde et mobile sous la peau. A priori elle est indolore, elle devient douloureuse quand elle exerce une pression sur les nerfs ou des vaisseaux sanguins. La taille du lipome est variable de quelques mm à plusieurs cm de diamètre. Sachant qu'ils sont en majorité solitaires, beaucoup de ces tumeurs sont souvent former conjointement. Les lipomes ne sont généralement pas agressifs et il ne se développe pas dans les autres endroits du corps : C'est pas une maladie cancérigène et ils ne deviendront pas un cancer.

Il existe cependant un cas moins fréquent appelée liposarcome, qui est une forme de cancer qui se développe dans les cellules graisseuses. Présenté souvent sans aucunes raisons comme un cancer, ce sarcome peut être confondu à un tumeur(lipome) de prime abord, mais est plus grand et de nature à se développer plus vite.

2- Diagnostic positif :

Le diagnostic du lipome se pose par un examen clinique par un agent de santé expérimenté. Si l'agent a des difficultés à poser le diagnostic ou s'il détecte une croissance très grave, il peut compléter par un examen complémentaire pour plus de précision. Si l'on suspect un lipome, une échographie peut être réalisée pour mieux apprécier le type de masse, on peut également faire une tomodensitométrie (TDM) ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) pour avoir des images détaillées. Dans certains cas, on peut réaliser une biopsie pour poser le diagnostic, et faire la différence avec le liposarcome.

3- Causes :

Les divers facteurs du développement du lipome ne sont pas bien connus. Cependant, on n'a des facteurs de risque qui ont été déterminés. Une théorie populaire propose que ces tumeurs peuvent se développer après d'un choc physique, même si c'est n'est pas totalement accepté. Nous avons des facteurs génétiques qui sont souvent impliqués : chez certaines personnes on peut avoir une tendance familiale à développer cette tumeur. Beaucoup de situations génétiques, comme la maladie de Madelung ou le syndrome de Gardner, sont liées à une prévalence accrue de lipomes. On trouve également qu'est un facteur de risque, ils sont plus fréquents chez les personnes d'âge avancé. En plus, les personnes qui ont un poids supérieur à la norme sont plus susceptibles de faire cette tumeur, bien que ces derniers puissent survenir chez des personnes de tout poids. Cependant certains problèmes métaboliques, tel que le [diabète](#), peuvent accroître le risque. Il est aussi important de connaître que beaucoup d'individus atteints de la tumeur ne présentent aucuns de facteurs de risque cités en haut.

4- Diagnostic différentiel :

La différence entre lipomes et liposarcomes [[17](#)]

	Lipome superficiel	liposarcome
Topographie	Graisse sous-cutanée épaule, dos, cuisses, abdomen, bras, cou	Muscles et fascias cuisse, rétro péritoine
Taille	< 50mm (80 %) < 100 mm (95 %)	Exceptionnellement >50mm
contours	Précis le plus souvent	Précis le plus souvent
Forme	Un seul lobule	Plusieurs lobules (> 90 %)
Cloisons épaisses	Rares (fibrolipomes)	Présentes et vascularisées
Nodules	inexistants	Présents

5- Prise en charge :

Si le lipome provoque des désagréments à votre physique esthétique, ou s'il provoque des douleurs, nous disposons des moyens pour se débarrasser. On fait une injection de stéroïdes directement dans la tumeur pour diminuer son volume, ou une liposuction pour enlever le contenu de la graisse avec une seringue. Toutefois, le moyen le plus utiliser est l'exérèse du lipome : il est alors retiré par une excision sous une anesthésie locale. La préférence entre ces différentes prises en charge dépend du nombre, de la taille, de la situation de cette tumeur, et des choix du patient.

NOTRE ETUDE

II- METHODES ET MATERIEL

1- METHODE :

CADRE D'ETUDE :

Notre étude a été réalisée au Mali, plus précisément à Ségou au service d'imagerie médicale de l'hôpital Nianankoro Fomba.

PERSONNEL DU SERVICE :

Le service dispose de :

- 1 salle d'échographie ;
- 1 salle de radiographie ;
- 1 salle de numérisation d'image ;
- 1 salle de mammographie non fonctionnelle ;
- 1 salle de scanner ;
- 1 salle d'accueil et d'orientation ;
- 1 salle d'attente ;
- 1 Bureau pour le chef de service ;
- 1 Bureau pour médecin ;
- 1 Bureau pour les assistants médicaux ;
- 2 toilettes.

✓ **Le personnel du service :**

Le personnel est composé :

- D'un médecin radiologue ;
- Six assistants médicaux ;
- Une aide-soignante ;
- Deux secrétaires.

On y rencontre aussi des stagiaires dont des médecins et des techniciens de santé en formation de stage de perfectionnement en imagerie médicale et des thésards.

Le service est dirigé par un médecin radiologue.

✓ **Les activités du service :**

- L'accueil : Le matin les patients sont accueillis dans la salle d'attente. Sur appel les patients sont admis par ordre d'arrivée dans les salles d'examens.

Cependant, les urgences et les personnes âgées sont prioritaires.

- Les examens de radiographie standard : Le service d'imagerie médicale effectue tous les examens radiographiques des os, de l'abdomen et du thorax.

-Les examens spécialisés sont essentiellement : L'urographie intra veineuse, l'hystérosalpingographie, l'uretrocystographie-rétrograde, le transit oesogastro-duodenal ;

Ils sont réalisés sur rendez-vous après une préparation du malade.

- Les examens d'échographie : ils s'agissent des échographies abdominale, pelvienne, obstétricale ; urinaire, thyroïdienne, mammaire, doppler et musculo-squelettique.

- Les examens de scanner : Ils s'agissent essentiellement des examens sans injection de produits de contraste et des examens avec injection du produit de contraste (en intra veineuse, intra thécale

2- MATERIELS :

Le matériel était constitué de :

Un appareil d'échographie marque de type GE Healthcare, version T8 avec option doppler muni de sonde profonde et superficielle et un appareil scanographique de marque Neusoft 64 Barrettes.

TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude descriptive concernant un cas clinique

IDENTITE DU PATIENT

Il s'agit d'une patiente âgée de 45 ans, résidant à Togou commune de Markala.,

Profession : Ménagère

Statut Matrimonial : mariée et mère de 4 enfants vivants.

ANTECEDENTS :

Médicaux : Néant

Chirurgicaux : Néant

- Familiaux : néant
- Gynéco-obstétrical : G11P11V4D7

HISTOIRE CLINIQUE :

Cette patiente avait été consulté par chirurgien pour masse abdominale et douleur abdominale depuis plusieurs années.

EXAMEN CLINIQUE :

Inspection : il retrouve une masse abdominale,

Palpation : elle retrouve une masse sous ombilicale.

L'examen physique retrouvait une volumineuse masse sous ombilicale gauche de consistance ferme, sensible, mobile par rapport aux deux plans

3- EXAMEN PARACLINIQUE :

a - ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE :

Réalisée a mis évidence une volumineuse masse hyperéchogène homogène siégeant au flanc gauche de 126 x 70 mm Cette masse est arrondie aux contours irréguliers entouré d'un épanchement anechogene de faible abondance.

La vessie vue en réplétion est de contenu anéchogène, alithiasique, sa paroi est fine.

L'utérus mesure 78 x 49 x 31 mm, homogène, de contours réguliers, il est vide avec un endomètre fin.

Les ovaires mesurent 31 x 20 mm à droite et 32 x 21 mm à gauche.

Les reste de l'examen est normal.

Conclusion :

L'échographie abdominopelvienne réalisée a retrouvé une grosse masse du flanc gauche mesurant 126 x 70 mm faisant évoqué un lipome mésentérique géant.

LIPOME MESENTERIQUE GEANT A PROPOS D'UN CAS



ant
└ post

Image 1 : coupe longitudinale du lipome mésentérique

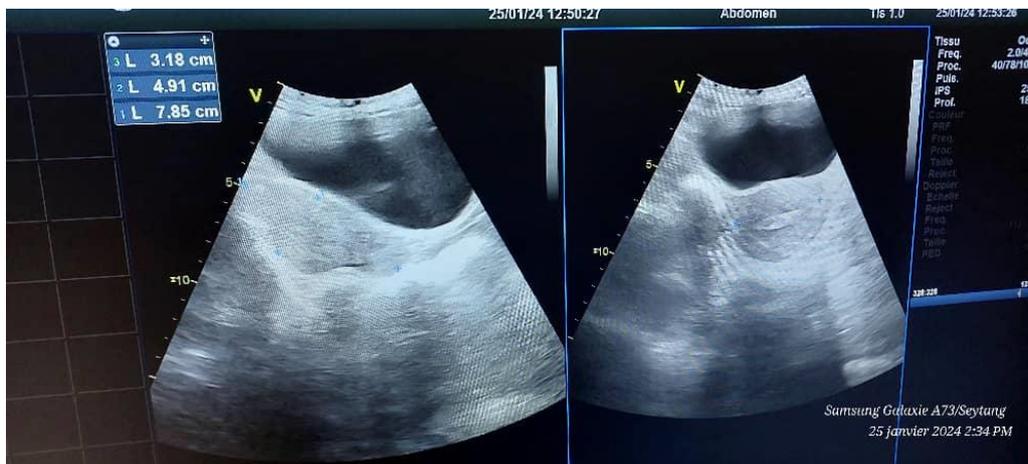
LIPOME MESENTERIQUE GEANT A PROPOS D'UN CAS



ant

post

Image 2 : coupe transversale du lipome mésentérique



ant

post

Image : coupe longitudinale et transversale de l'utérus

LIPOME MESENTERIQUE GEANT A PROPOS D'UN CAS



ant

post

Image4 : coupe longitudinale de l'ovaire droit et gauche

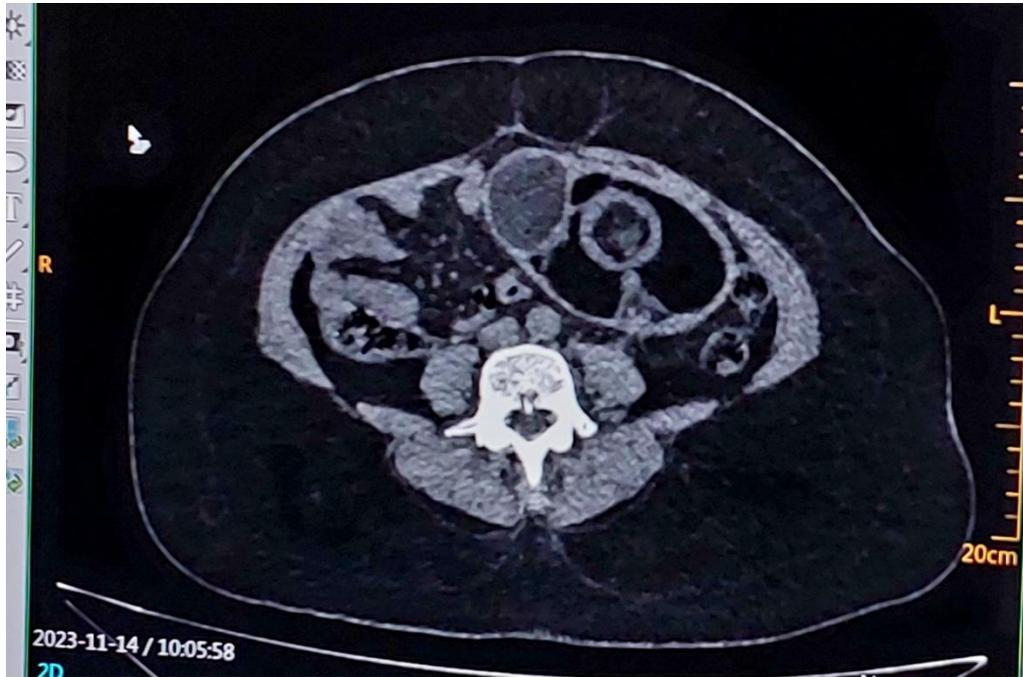
b - TDM ABDOMINALE :

Complémentaire a objectivée une masse mésentérique de 124mm x 67 mm de densité grasseuse, encapsulée par une paroi épaisse sans envahissement des organes de voisinages.

Elle ne se rehausse pas après l'injection du produit de contraste iodé. Il existe un petit épanchement liquidien autour de cette masse.

-Le foie est de taille normale, de contours net et de structure

Conclusion : Volumineuse masse mésentérique grasseuse, faisant évoquer d'abord un lipome mésentérique géant.

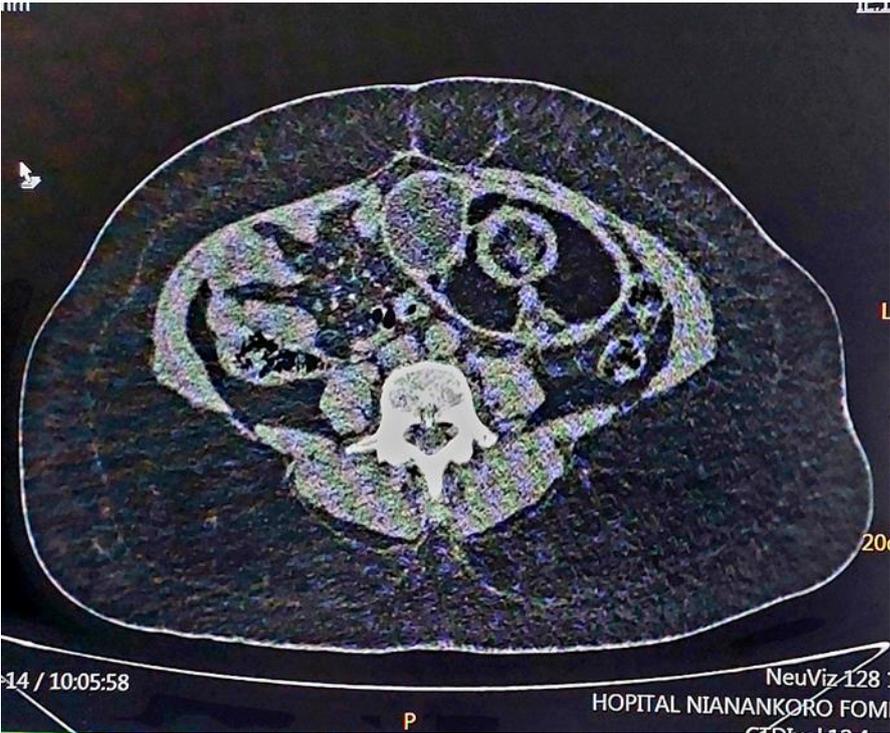


ant

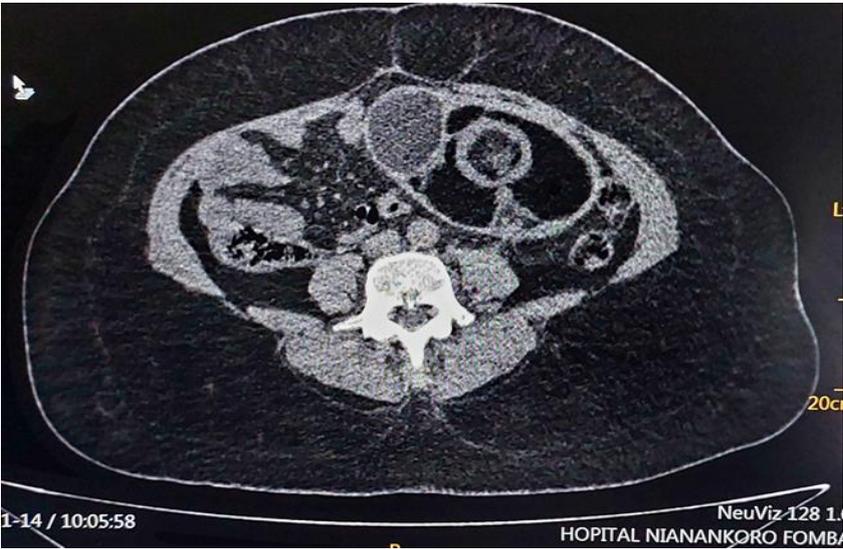
L
post

Image 5 : lipome mésentérique géant au scanner.

LIPOME MESENTERIQUE GEANT A PROPOS D'UN CAS



ant
└ post



ant
└ post

Image 6 montrant un lipome mésentérique

EXAMENS BIOLOGIQUE

Résultats

NFS :

- 1- Taux d'HB : 13g/dl VR : 12-16
- 2- Taux d'hématocrite :38% VR :37-45
- 3- Volume globulaire moyen :84,9 fl VR :80-100
- 4- T.C.M.H. :27,6 pg VR :27-34
- 5- C.C.M.H. :32,5% VR :32-36
- 6- P.N :1518 /mm³ VR :1200-7500
- 7- P.E :90 /mm³ VR :50-500
- 8- P.B :10 /mm³ VR :0-50
- 9- Lymphocyte :1511 /mm³ VR :1500-4000
- 10-Monocyte :221 /mm³ VR :100-1000
- 11-Plaquettes :244 /mm³ VR :150-400

Glycémie à jeun : 82 VR : 70-110mg/dl

Transaminase

- 1-ALAT/ GOT :18 UL/L VR : inférieur à 31
- 2-ASAT/GPT :10,1 UL/L VR : inférieur à 35

CREATININE :..... 88mg/dl VR : 0,70-1,20 mg/dl

CRP : 1 VR supérieur à 6mg/l

TP : 80% VR :70-100

TCK : 1 VR :0,8-1,2

DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Le lipome du mésentère ou du tractus gastro-intestinal est rare [5,18]. Il ne présente pas souvent de symptômes dans ses formes non compliquées [5-18]. Il est généralement localisé dans la racine du mésentère chez l'enfant ; il peut rester longtemps sans symptômes. Il est généralement diagnostiqué quand il augmente de taille, pouvant être révélé par des symptômes digestifs tels que les douleurs à l'abdomen qui est de nature périodiques, un manque d'appétit, des vomissements, mais aussi la sensation de masse qu'il peut peser sur les organes digestifs voisinant [4, 18,19]

En effet chez notre malade, on trouvait une notion de douleur abdominale aigue avec des vomissements sur un long passé de douleurs à l'abdomen qui est périodiques.

A l'échographie on retrouve une masse volumineuse hyperéchogène heterogène faisant évoqué un lipome mésentérique. Le bilan biologique était normal chez cette dame.

Les lipomes superficiels sous-cutané sont fréquents, il représente environ 16 à 50% de toutes les tumeurs des tissus mous [20]. Les maladies sont généralement d'âge moyen, sans prédominance de sexe lorsqu'il s'agit d'un lipome solitaire [20,21]. Les lipomes peuvent être localiser dans n'importe quelle partie du corps [22]. Les causes de la pathologie des lipomes restent toujours mal connues [21]. Ils peuvent être dus à des chocs minimes et répétés [21]. Dans 5 à 15% des cas, les lipomes sont multiples. Il est alors plus fréquent chez les sujets de sexes masculins avec, dans un tiers des cas, une transmission héréditaire, habituellement autosomique dominante (lipomes multiples familiaux) [20,21]. Ils apparaissent en général de 30 et 50 ans dans le tissu sous-cutané des membres et du tronc, épargnant souvent les épaules et le cou. D'autres impliquent également les personnes obese sans preuve formelle [20].

Leur nombre est très variable. Ils ne dégèrent pas lorsque l'ablation est totale jusqu'aux parties saines. Ce qui est souvent difficile pour les cas de lipomes profonds [21].

Le diagnostic est basé sur l'examen clinique. Il est souvent sans douleur et se traduit généralement par une tumeur molle, régulière et mobile. Posch a décrit le test clinique d'appliqué de la glace sur la tumeur, qui en cas de lipome entraîne une pétrification de la masse [23]. L'évolution habituelle du lipome est de développement lent, qui peut se stabiliser automatiquement [23]. La plupart des cas de lipomes sont de petite taille, quatre-vingt pour cent mesurant moins de 50 mm, le reste faisant typiquement moins de 100 mm et exceptionnellement plus [23].

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est l'examen d'imagerie de référence le plus fiable dans l'analyse des tumeurs des parties molles du fait de sa sensibilité le plus élevée [23]. Elle permet d'avoir une précision plus net de la nature de la lésion, son accroissement local et ses rapports avec les éléments vasculaires et nerveux. La tomodensitométrie (TDM) contribue à poser le diagnostic du lipome [24].

On le différencie avec d'autres tumeurs des tissus mous tels que les kystes ganglionnaires, les tumeurs à cellules géantes, les myxomes, les angioliipomes, le lipofibrome intraneural et le liposarcome [20].

Le traitement par chirurgie est de référence antérieurement par des biopsies afin de poser le diagnostic et autoriser alors l'ablation de la tumeur et l'usage de techniques de conservation cutanée pour recouvrir toute perte de substance résiduelle. Cette méthode thérapeutique est parfois difficile dans notre contexte où l'IRM et l'histologie ne sont pas toujours disponibles en zone rurale. Nous ne disposons que de l'ablation de la tumeur en première et une analyse histologique de la pièce opératoire quand l'examen clinique et l'imagerie dirige vers un lipome bénin [25]. Le résultat esthétique serait bon et la morbidité après l'intervention chirurgicale est moins élevée [25]. Aux membres, le taux de reprise des lipomes

LIPOME MESENTERIQUE GEANT A PROPOS D'UN CAS

superficiels est d'un pour cent, celui des lipomes intramusculaires et du dos est de douze pour cent [26].

Pour la prise chirurgicale nous n'avons pas pu obtenir de consentement éclairé de la patiente

CONCLUSION

CONCLUSION

Bien qu'il s'agit d'une tumeur de nature bénigne, le lipome géant provoque souvent source des troubles fonctionnelles très importante. Le prise en charge est chirurgicale. L'angoisse du chirurgien est la transformation en forme maligne. Dans nos cas où l'histologie n'est pas très souvent réalisable, nous proposons une ablation de la tumeur en première intention en cas de forte suspicion de lipome, suivi d'une étude anatomopathologique systématique de la pièce opératoire.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS.

- Aux patients : accepter de se faire opérer après un diagnostic de lipome
- Aux soignant : Sensibiliser les patients pour une meilleure prise en charge des cas de lipome

BIBLIOGRAPHIES

BIBLIOGRAPHIES.

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. Sanchez MR, Golomb FM, Moy JA, PotozkinJR. Giant lipoma: case report and review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 1993 ; 28 : 266-268.
1. Ozel SK, Apak S, Ozercan IH, Kazez A. Giant mesenteric lipoma as a rare cause of ileus in a child: report of a case. *Surg Today.* 2004 ;34(5) :470-472.
2. Rezvanizadeh A, Mohammad S, Alizadeh H. Midgut volvulus caused by mesenteric lipoma. *Iran J Pediatr Vol.* 2013 ;23(1) : 121-123.
3. . L. Montagliani *et al.* [Desmoid tumors](#) *J Chir (Paris)* (2008)
4. M. Anis *et al.* [Imaging of abdominal lymphoma](#) *Radiol Clin North Am*(2008)
5. D. Karaosmanoglu *et al.* [CT findings of lymphoma with peritoneal, omental and mesenteric involvement: peritoneal lymphomatosis](#) *Eur J Radiol* (2009)
6. Enzinger FM, Weiss SW. Soft tissue tumors. Mosby-Year Book. 1995; 3:381-430.
7. Helga Fritsch Wolfgang : Atlas de poche d'anatomie. 3ème édition. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2003. P 182.
11. Dillenseger JP. Atlas d'anatomie générale et radiologique. Paris : Masson ; 2011
12. Grenier N, Douws C. Traumatisme et transplantation, Radiologie Digestive. Groupe Hosp Tripode Bordeaux. Edicerf ; 1994.

13. Ghannouchi S, Jarrar M, Naouar N. Anatomie de la cavité péritonéale. Laboratoire d'anatomie et d'organogénèse ; Faculté De Médecine Ibn Eljazzar – Sousse. 2012.

Disponible à <http://www.recherche-pdf.com/pdf/anatomieappareil-digestif-de-salah-hammoudi.html>. 28/12/2023 à 21h

- 14. Changnan S. Traumatismes abdominaux de l'adulte apport de l'échographie et de la tomodensitométrie en urgence. Feuille de radiologie. 1994 ; 34 : 197-203.

- 15. Mme. Imane OUILKI. Contusions abdominales au CHU Mohammed VI de Marrakech. [Thèse]. Chirurgie : Marrakech Maroc ; 2010. BENABBAS HASSIBA et BENACHOUR KENZA. Les traumatismes de l'abdomen au CHU KHELILAMRANE de Bejaïa. [Mémoire]. Chirurgies viscérales, urgences et d'anesthésie-réanimation : Algérie

16. Kransdorf M.J., Murphey M.D., Lipomatous tumors. In : Kransdorf MJ, Murphey MD eds Imaging of soft tissue tumors : W.B. Saunders Company, 1997 : 57-101.

17. Kransdorf MJ, Murphey MD. Imaging of Soft Tissue Tumors. *Mosby-Year Book*. 2006. Reference du tableau.

18. Watt D, Sanjay P, Walsh S, Young J, Alijani A. Mesenteric lipoma causing small bowel perforation: a case report and review of literature. *Scott Med J*. 2012;57(4):247.

19. Cherian A, Singh S, Broderick N, Zaitoun A, Kapila L. Small bowel volvulus due to giant mesenteric lipoma. *Pediatr Surg Int*. 2004;20(11-12):869-871.

20. Weiss SW, Goldblum JR. Soft tissue Tumors Philadelphia. *Mosby-Year Book*. 2008. incomplet

21. Kransdorf MJ, Murphey MD. Imaging of Soft Tissue Tumors. *Mosby-Year Book*. 2006. incomplet

22. Enzinger FM, Weiss SW. Soft tissue tumors. Mosby-Year Book. 1995; 3:381-430.
23. Posch JL. Tumors of the hand. J Bone Joint Surg. 1956 Jun;38-A (3):51739; discussion,539-40; passim.
24. Fnini S, Hassoune J, Largab A. Lipome géant de la main. Rev Chir Main. 2010 Feb;29(1):44-7 Epub 2009 Dec 21.
25. Murphey MD, Carroll JF, Flemming DJ. From the Archives of the AFIP Benign Musculoskeletal Lipomatous Lesions1. Radiographics. Sep-Oct 2004;24(5):1433-66.
26. Zhang H, Erickson-Johnson M, Wang X. Molecular testing for lipomatous tumors: critical analysis and test recommendations based on the analysis of 405 extremity-based tumors. Am J Surg Pathol. 2010 Sep ;34(9) :1304-11.