



Graisse dans le pancréas : Lipome pancréatique

Houria Tabakh, Abdelhamid jadib, Najwa Touil, Omar Kacimi, Nabil Chikhaoui

Département de Radiologie, service de radiologie des urgences, CHU Ibn Rochd, Université Hassan II, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Casablanca, Morocco.

Resumé :

Le lipome pancréatique est une tumeur rare non exceptionnelle de découverte fortuite dans la majorité des cas lors d'un examen par tomographie assistée par ordinateur (TDM). Ces tumeurs rares présentent des signes radiologiques spécifiques, dont la connaissance peut s'avérer utile pour lever les incertitudes diagnostiques et éviter des interventions chirurgicales inutiles en cas de tumeur bénigne.

Le lipome pancréatique prend l'aspect d'une lésion nodulaire encapsulée clairement délimitée hypodense homogène de densité graisseuse aux contours réguliers et bosselés. La tête et la queue du pancréas représentent la localisation la plus fréquente, l'évolution est marquée par l'aspect inchangé du lipome. Toutefois, le diagnostic d'un liposarcome est à évoquer devant l'augmentation de l'âge du patient, la grande taille de la lésion, la présence de cloisons épaisses, la présence de masses nodulaires et/ou globuleuses ou non adipeuses et la diminution du pourcentage de la composition graisseuse. L'examen histologique n'est pas nécessaire pour confirmer le diagnostic.

Abstract :

Pancreatic lipoma is a rare, not exceptional tumor discovered incidentally in the majority of cases during a CT scan. These rare tumors present specific radiological signs, the knowledge of which may prove useful in removing diagnostic uncertainties and avoiding unnecessary surgical interventions in the event of a benign tumor.

The pancreatic lipoma appears as a clearly demarcated encapsulated nodular lesion, homogeneous hypodense, fatty density with regular and bumpy contours. The head and the tail of the pancreas represent the most frequent localization, the evolution is marked by the unchanged aspect of the lipoma. However, the diagnosis of a liposarcoma should be considered in view of the increase in the patient's age, the large size of the lesion, the presence of thick septa, the presence of nodular and/or globular or non-adipose masses and the reduction the percentage of fat composition. Histological examination is not necessary to confirm the diagnosis.

Mots clés : Lipome, Tomodensitométrie, pancréas

Key words : Lipoma, Computed tomography, pancreas

Introduction :

Le recours accru à l'imagerie abdominale a abouti à un accroissement de l'incidence de découverte des tumeurs pancréatiques considérées jusqu'alors comme rares [1]. Dans la majorité des cas, les lipomes du pancréas sont découverts de manière fortuite sur une TDM abdominale largement suffisante pour le diagnostic de certitude. Afin de permettre une caractérisation plus approfondie de la lésion, un examen par imagerie par résonance magnétique (IRM) est souvent pratiqué en seconde intention. La distinction entre cependant, le lipome et le liposarcome bien différencié constitue un dilemme diagnostique fréquent [2].

Présentation du cas :

Il s'agit d'une patiente de 68 ans, suivie pour un diabète depuis 2001 bien équilibré sous antidiabétiques oraux. Elle accusait depuis trois mois des rectorragies avec douleurs de la fosse iliaque gauche. Le tout évoluant dans un contexte de conservation de l'état général.

L'examen clinique avait retrouvé un abdomen souple sans syndrome de masse avec toutefois un doigtier souillé de sang au toucher rectal.

La colonoscopie faite en première intention avait objectivé un processus tumoral partiellement sténosant de la charnière recto-sigmoïdienne. une TDM thoraco-abdomino-pelvienne dans le cadre du bilan d'extension a confirmé la présence d'un épaissement tumoral pariétal non sténosant de la charnière recto-sigmoïdienne étendu sur 3 cm environ sans lésion métastatique évolutive notable par ailleurs ; toutefois et fortuitement une lésion de la tête du pancréas homogène et encapsulée aux contours bien définis a été mise en évidence présentant des valeurs UH négatives correspondant à une composante grasseuse, siège de fines cloisons sans rehaussement après injection de produit de contraste, faisant évoquer le diagnostic d'un lipome du pancréas de taille mesurée à 7x 3 mm (**Figure 1**).

La patiente a été adressée au service d'oncologie pour suivi, une TDM de surveillance après 6 mois avait objectivé l'aspect stable du lipome de la tête du pancréas sans lésion secondaire apparue par ailleurs. Aucune confirmation histopathologique du diagnostic du lipome pancréatique n'a été prévue.

Discussion :

Le pancréas est rarement le siège de lipomes [3] généralement bénins et asymptomatiques [2]. Il a été suggéré que l'origine de ces lipomes est embryonnaire, par emprisonnement de cellules adipeuses rétro péritonéales ou mésentériques lors de la fusion des bourgeons ventral et dorsal du pancréas. Les lipomes pancréatiques sont essentiellement des lobules de cellules adipeuses matures à l'intérieur d'une capsule épaisse de tissu conjonctif [3]. De façon générale, l'examen histologique n'est pas nécessaire pour confirmer le diagnostic [3].

En imagerie, l'aspect du lipome pancréatique est caractéristique et typique, celui d'une lésion nodulaire encapsulée clairement délimitée au niveau du pancréas hypodense homogène de densité grasseuse avec des valeurs densitométriques se situant entre -90 et -120 UH (moyenne de -106 UH) [1]. Aucun rehaussement n'est observé après injection intraveineuse de produit de contraste.

Pour la localisation, la lésion se situe le plus souvent dans la tête ou la queue du pancréas, moins fréquemment au niveau de l'isthme et le corps [3] Le lipome pancréatique présente des contours réguliers bosselés. En IRM sur les images pondérées en T1 en écho de gradient en opposition de phase, Il est important de rechercher un liseré hypointense entre le lipome et le parenchyme pancréatique adjacent [2].

Les lipomes pancréatiques n'exercent pas de compression considérable et ne se compliquent pas de dilatation des canaux pancréatiques ou biliaires.

L'évolution est marquée par l'aspect inchangé du lipome. Toutefois, il est recommandé de contrôler le patient après une période assez courte pour confirmer que la lésion est stable afin de la distinguer d'un liposarcome pancréatique bien différencié [2]. Un suivi extensif n'est pas nécessaire [4], et la résection chirurgicale de la lésion n'est pas préconisée. Toutefois, en cas d'atypies (patient de sexe masculin, cloisons épaisses, calcifications, tumeur de

dimensions importantes) [2] pouvant évoquer un liposarcome bien différencié, une cytoponction sous échographie est recommandée afin d'exclure la possibilité d'une tumeur maligne [3].

Comme il existe des similitudes histologiques entre le lipome et le liposarcome bien différencié, il existe également des similitudes d'imagerie considérables. Plusieurs caractéristiques statistiquement significatives peuvent aider à distinguer le lipome du liposarcome. La plus importante de ces caractéristiques est la présence de septa épaissis, nodulaires et / ou globuleux ; une composante tissulaire intra lésionnelle (de plus de 25% de la lésion), masses non adipeuses associées avec un rehaussement des zones tissulaires et des septa. Par opposition, les septa dans le lipome sont minces avec un léger rehaussement. Les lésions bénignes sont significativement plus petites que les tumeurs malignes, la présence de calcifications n'est pas spécifique, elles se voient avec une plus grande prévalence dans les lésions malignes [5].

Les caractéristiques qui suggèrent une malignité comprennent une augmentation de l'âge du patient, la grande taille des lésions, la présence de cloisons épaisses, la présence de masses nodulaires et/ou globuleuses ou non adipeuses et la diminution du pourcentage de la composition grasseuse.

Conclusion:

Les lipomes sont rares au niveau du pancréas. Ils sont souvent diagnostiqués de façon fortuite lors d'exams d'imagerie et se présentent sous la forme de petites masses adipeuses clairement délimitées, encapsulées, homogènes et matures. Le suivi en imagerie ou la confirmation histopathologique ne sont pas nécessaires chez les patients asymptomatiques.

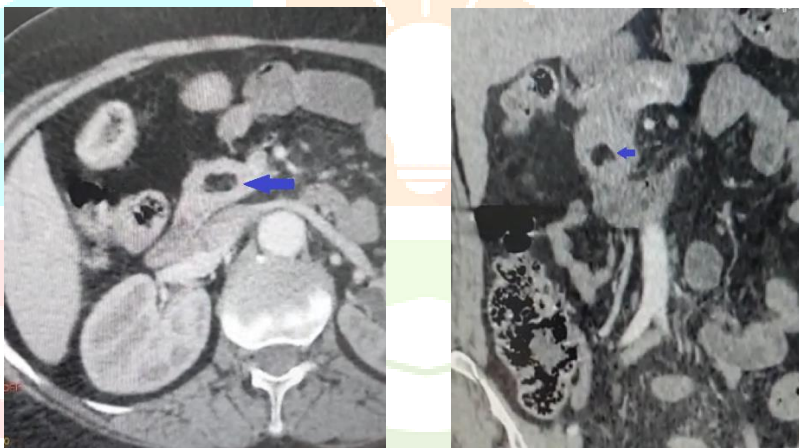


Figure 1: TDM Abdominale en coupes axiale et coronale, objective un lipome de la tête du pancréas () de découverte fortuite. La tumeur est bien limitée, élargit légèrement la portion céphalique du pancréas, de densité grasseuse homogène avec fines cloisons intra lésionnelles, non rehaussée après injection de produit de contraste.

Références:

1. James R. Butlera, Tanyi M. Fohunga, Eugene P. Ceppa, Michael G. House, Attila Nakeeb, C. Max Schmidt et al. The natural history of pancreatic lipoma: Does it need observation pancreatology, junaury-ferbruary 2016, volume 16
2. Mustafa Secil, Enis Igci, A. Yigit Goktay, Oguz Dicle Lipoma of the pancreas: MRI findings Computerized medical imaging and Graphics 25(2001) 507-509
3. M. Barral, S. Ahmed Faraound, E.K. Fishmane, A. Dohan, C. Pozzessere, M.-A. Berthelina et al. Caractérisation en imagerie de tumeurs pancréatiques rares Journal de radiologie diagnostique et interventionnelle 2016 (97), 537- 552
4. Osman Temizoz, Hakan Gençellac, Ercument Unlu, Fatih Kantarci, Hasan Umit, Mustafa Kemal Demir Incidental Pancreatic Lipomas: Computed Tomography Imaging Findings with Emphasis on Diagnostic Challenges Canadian association of radiologist journal, june 2010, vol 61

5. Mark J. Kransdorf, Laura W. Bancroft, Jeffrey J. Peterson, Mark D. Murphey, William C. Foster, H. Thomas Temple Imaging of Fatty Tumors: Distinction of Lipoma and Well-differentiated Liposarcoma Radiology 2002; 224:99–104

