

Liposarcome rétro péritonéal géant

A propos d'un cas

DJ.KHATRI, H.BOUCHELOUCHE, M.MEDJDOUB, A.SAARI, R.SEMMAR, K.BENDJEBBAR

Service onco-chirurgie CAC. Faculté de médecine - Université BLIDA 1

Résumé

Nous rapportons un cas de liposarcome rétro péritonéal géant chez une jeune femme de 29 ans révélé par des douleurs abdominales et des vomissements, suspecté sur un scanner TAP et confirmé par l'étude anatomopathologique de la pièce opératoire. Les suites post opératoire étaient simples.

Introduction

Le liposarcome rétro péritonéal, bien que très rare, est l'un des plus fréquents sarcomes mésoenchymateux ⁽¹⁾. Il représente 50% des tumeurs rétro péritonéales ⁽²⁾. Les liposarcomes rétro péritonéaux sont des tumeurs mésoenchymateuses malignes développées à partir des cellules graisseuses dans l'espace rétro péritonéal. Ils sont primitifs et indépendants des organes de cet espace. À travers une revue de la littérature ; nous décrivons les différents aspects histologiques, thérapeutiques et pronostiques

Observation

Mme B.S âgée de 29 ans, sans antécédents particuliers qui avait présenté deux mois avant son hospitalisation des douleurs abdominales diffuses associées à des vomissements. L'examen somatique avait retrouvé à la palpation une masse abdomino-pelvienne indolore, de consistance mole, mobile par rapport au plan superficiel, mal limitée. Le scanner thoraco- abdomino-pelvien objectivait une volumineuse masse intra-abdominale, de siège rétro péritonéal gauche, adhérente au parenchyme rénal gauche avec encoche corticale médiane, de forme ovale, bien limitée, compressive, de densité essentiellement graisseuse, d'aspect trabéculaire, hétérogène par la présence d'une portion tissulaire ainsi que des travées de type vasculaire, refoulant le rein gauche en haut et en avant, débordant la ligne médiane avec effet de masse sur les structures digestives intra-péritonéales, sans signes évidents d'invasivité, mesurant 261 X 217 X 137 mm de grands axes, en rapport avec un liposarcome rétro-péritonéal. IL s'y associe la présence de multiples adénopathies pédiculaires hépatiques, la plus volumineuse mesure 24 X 21 mm.



Figure N°1 : Aspect tomodensitométrique du processus rétro-péritonéal

La biopsie scanno-guidée était compatible avec un liposarcome bien à moyennement différencié.

Le patient a été opérée le mois de février 2018, par une

laparotomie médiane sus ombilicale agrandie vers l'ombilic. Un abord trans péritonéal a été réalisé et l'exérèse était en monobloc emportant la tumeur et le rein gauche.



Figure N°2 : Aspect Macroscopique de la pièce opératoire

L'étude histologique de la pièce avait objectivé :

Sur le plan macroscopique, une formation tumorale de 28X20X9 cm, d'allure graisseuse, finement encapsulée au contact d'un des pôles rénaux. À l'ouverture, aspect cérébroside beige jaunâtre sur le plan microscopique, il s'agissait d'une prolifération tumorale de nature mésoenchymateuse faite d'une composante bien différenciée composée d'adipocytes matures séparées par une trame conjonctive contenant des cellules stroma les atypiques à noyaux chromatiques correspondant à un liposarcome bien différencié de bas grade FNCLCC. Le parenchyme rénal était infiltré en périphérie. Le hile rénal était sain L'étude ImmunoHistochimique avait montré un Mélan A négatif, AML négatif avec témoin interne positif. La malade fut adressée en oncologie et avait bénéficié de six cures de chimiothérapie.

Après un suivi de neuf mois, par des contrôles échographiques à 3, 6 et 9 mois, la patiente ne présente aucune récurrence, ni en loco régionale ni à distance.

Discussion

Les liposarcomes sont des tumeurs mésoenchymateuses rares représentant moins de 1% des cancers ^[3,4]. Ce sont les plus fréquents des sarcomes des parties molles ^[5,6].

IL existe plusieurs variétés histologiques de malignité croissante : Le liposarcome bien différencié, le liposarcome myxoïde, le liposarcome pléomorphe, le liposarcome mixte et le liposarcome dédifférencié ^[5,6].

L'évolution de ces tumeurs dépend essentiellement du type histologique ^[1,7,8] : les formes pléomorphes donnent généralement des métastases assez rapidement ^[9], la survie moyenne après la première métastase étant de 8 mois ^[9]. A l'inverse, les formes myxoïdes donnent peu de localisations viscérales secondaires, mais sont caractérisées par leur tendance à la récurrence locale ^[9].

Les liposarcomes restent longtemps asymptomatiques, et le diagnostic est souvent tardif ^[10]. Il se manifestent par une masse palpable ou des signes de compression des organes de voisinage.

Aucune méthode d'imagerie ne permet de différencier avec certitude les lésions malignes des lésions bénignes. Seuls les liposarcomes peuvent être évoqués sur l'imagerie devant une volumineuse masse d'aspect graisseux.

La TDM et l'IRM sont les deux examens de choix dans l'exploration du rétro péritoine [11] ayant supplanté les traditionnelles explorations radiologiques (opacification digestive, UIV, lymphographie, etc.).

En effet, la TDM est aujourd'hui la méthode d'examen la plus fréquemment utilisée pour la détection, la caractérisation, le bilan préopératoire et le suivi des TRP [12]. Elle permet de confirmer l'origine rétro péritonéale de la masse, de réaliser un bilan d'extension complet tant au niveau supra, qu'infra diaphragmatique (recherche de métastases pulmonaires, osseuses, hépatiques et péritonéales), d'assurer le suivi post-thérapeutique, et enfin, elle permet la réalisation d'une biopsie scanoguidée [13]. Elle objective une masse hétérogène, associant des zones de densité graisseuse à d'autre de densité musculaire contenant des septa épais et parfois des nodules de densité plus élevée [1,14]

L'IRM est indispensable pour les tumeurs à proximité du rachis afin de vérifier qu'il n'existe pas d'extension intrarachidienne ; elle permet de bien étudier les rapports avec les axes vasculaires, en particulier l'aorto-cave et l'envahissement musculaire, aussi bien pour les tumeurs rétro péritonéales que sous-péritonéale [13].

Si une tumeur du rétro péritoine est suspectée, le diagnostic histologique doit être posé par la biopsie.

La chirurgie est le traitement de référence. L'exérèse doit être large afin d'obtenir des marges saines, en monobloc, emportant les organes de voisinage (rein, colon psoas) [15,16].

La radiothérapie est difficilement réalisable en raison du gros volume tumoral et de la proximité d'organes à risques. Peut-être utilisée en adjuvant. Les doses sont importantes (plus de 60 Gy). Comme elle peut être proposée en préopératoire pour les tumeurs inextirpables, [17]. La chimiothérapie donne un taux de réponse qui se situe entre 20 et 35% [1]. Les drogues les plus actives sont la doxorubicine et les agents alkylants. Elle peut être utilisée dans le traitement des tumeurs métastatiques, en situation adjuvante ou néo-adjuvante.

Le pronostic est mauvais, dépend surtout du type histologique et de la qualité d'exérèse. Les récurrences sont fréquentes et l'évolution souvent mortelle.

Conclusion

Les liposarcomes sont des tumeurs rares, de diagnostic tardif. Leur traitement de choix reste la chirurgie dont l'objectif doit être une exérèse large et complète. Ils sont caractérisés par leur tendance à la récurrence et leur évolution rapidement mortelle

Bibliographie

1. A. LAG BAGBI, E. LEHN, J.C. LEVASSEUR, P. FONTAINE, H.MOURAD, J.Y. ROCHE. Liposarcomes rétro péritonéaux. Aspect clinique, pronostique et thérapeutique à propos de 4 cas. J. Chir. 1987, 124 : 331-336.
2. G. BAJARDI, A.M. FLORENA, G. RICEVUTO, G.

MASTRANDREA, G. RUBINO, G. PISCHEDDA, G. PANTUSO, D. VALENTI, M. LATTERI, M. FLORENA. Le liposarcome rétro péritonéal : de grandes dimensions. Lyon Chir. 1993, 89 : 351-353.

3. GUIVARCH M. Tumeurs rétro péritonéales primitives. Encycl. Med. Chir. Nephro-Uro., 1896, 1810 2, A 10, 8p.

4. LAQUBABI A., LEHNE., LEVASSER J.C., FONTAINE P. Liposarcomes rétro péritonéaux. Aspects clinique, pronostique et thérapeutique à propos de 4 cas. J. Chir., 1987, 124, 331-336.

5. Coindre JM, Alain Aurias FP. Well-differentiated and dedifferentiated liposarcomas. Virchows Arch. Feb. 2010;456(2):167-179. [PubMed]

6. WHO. Classification of Tumours of soft Tissue and Bone. 2002. pp. 35-46. chapter 1.

7. J. ERESUE, J.C; PHILIPPE, P. CASENAVE, F. LAURENT, N. GRENIER, M. SIMON, J. DROUILLARD, J. TAVERNIER. La tomographie des lipomes et liposarcomes abdominaux de l'adulte. A propos de 9 cas. J. Radiol. 1984, 65 : 145-149.

8. D; SPRINGFIELD. Liposarcoma. Clin. Orthop. Related Res. 1993, 289 : 50-57.

9. B. CARBONNE, T. FLAM, S. DESLIGNERES, M. ZERBIB, A. STEG, B. DEBRE. Traitement conservateur d'un liposarcome rétro péritonéal récidivant. A propos d'un cas évoluant depuis 27 ans. J. Urol, 1991, 97 : 103-105.

10. M. WITZ, Y. SHAPIRA, A. DINBAR. Diagnosis and treatment of primary and recurrent retroperitoneal liposarcoma. J. Surg. Oncol. 1991, 47 : 41-44.

11. Munk PL, Lee MJ, Poon PY, et al. Computed tomography of retroperitoneal and mesenteric sarcoma. Can Assoc Radiol J. 1996;47:335-41.

12. Nishino M, Hayakawa K, Minami M, et al. Primary retroperitoneal neoplasms: CT and MRI imaging findings with anatomic and pathologic diagnostic clues. Radiographics. 2003;23:45-57.

13. Merran S, Karila-Cohen P, Vieillefond A. Primary retroperitoneal tumors in adults. J Radiol. 2004;85:252-64.

14. M. SELLAMI, H. RAIES, K. HAMZA, N. BARBOUCHE, R. HAMZA. Place de la tomographie dans le diagnostic des tumeurs rétro péritonéales primitives. A propos de 8 cas. Méd. Chir. Dig. 1987, 16 : 497-502.

15. R. BOUTBOUL, P. CAMPAN, B. JOSSO, M. IVAL, N. VINCENTI. Survie prolongée des liposarcomes rétro péritonéaux. A propos d'une observation ayant vingt-sept ans de survie. Valeur pronostique du type histologique et place de la chirurgie itérative. Ann. Urol. 1986, 20 : 397-399.

16. KARANIKAS, T. LIAKAKO S, S. KOUNDOURAKI S, A. PAPADOPOULOS, M. GARSALLAH, S. DENDRINOS. Surgical management of primary retroperitoneal liposarcomas. Acta Chir. Belg. 1993, 93 : 177-180.

17. IM. MAALEJ, A. BEN YOUSSEF, R. NASR, A. LADGHAM, A. BEN ATTIA, F. BENNA. Liposarcomes : étude clinique et résultats thérapeutiques (46 observations). Tunisie méd. 1989, 67 : 231-236.