

LIPOME GASTRIQUE UNE CAUSE RARE D'HÉMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE

J. MEDARHRI, M. OUNANI, M. ACHARAB, M. AMRAOUI, S. BALAFREJ*

RESUME

Les auteurs rapportent un cas de lipome gastrique révélé par une hémorragie digestive. Ils soulignent sa rareté, son siège habituellement antral, se développant dans la sous-muqueuse. Sa tendance à l'ulcération explique qu'une hémorragie digestive est révélatrice dans la moitié des cas.

Le diagnostic est rarement fait avant l'intervention chirurgicale qui consiste en une énucléation ou une gastrectomie partielle. Aucune récurrence après exérèse n'est rapportée.

Mots clés : Estomac - Lipome - Hémorragie digestive.

SUMMARY

The authors report a case of gastric lipoma revealed by severe bleeding in the upper digestive tract. They stress the rarity of this complaint, its usual antral localization and its submucosal development.

The tendency to ulceration explains why are in two gastric lipomas are revealed by digestive tract hemorrhage. The lipomas is rarely diagnosed preoperatively. The treatment consists of enucleation or partial gastrectomy. No recurrences have been reported after exeresis.

Le lipome gastrique est une affection rare, moins de 200 cas rapportés dans la littérature (5) (11% des lipomes digestifs). Il représente 1 à 5% des tumeurs bénignes de l'estomac, et vient après l'adénome et le léiomyome (1, 3). Cette rareté tient peut-être à sa latence clinique.

Nous rapportons ici une observation de lipome gastrique antral révélé par une hémorragie digestive haute.

OBSERVATION

Il s'agit d'une femme âgée de 51 ans, sans antécédents

* Service des urgences chirurgicales viscérales Professeur S. BALAFREJ. Hôpital Avicenne Rabat.

digestifs notables, Hospitalisée pour une hémorragie digestive aiguë faite d'une hématémèse de grande abondance avec des moelena. Cet accident ayant été précédé une semaine auparavant par un syndrome douloureux épigastrique pour lequel la patiente avait consulté et a été sous traitement anti-ulcéreux.

L'examen à l'admission trouvait une patiente pâle aux conjonctives décolorées, une tension artérielle à 9 de maxima. La numération formule sanguine a confirmé la déglobulisation : 2.190.000 globules rouges / mm³, hémoglobine à 5,5 g/dl, Hématocrite à 18%.

L'endoscopie gastrique a montré que l'estomac contenait du sang noirâtre et qu'au niveau de l'antrum existait une tumeur faisant saillie dans la lumière recouverte de muqueuse avec au centre une ulcération de 1,5 cm de diamètre creusante.

La biopsie révèle l'existence d'une muqueuse gastrique sans modifications spécifiques et des fragments d'un matériel fibrinonécrotique compatible avec un fond ulcéreux, la sous-muqueuse n'a pas été explorée.

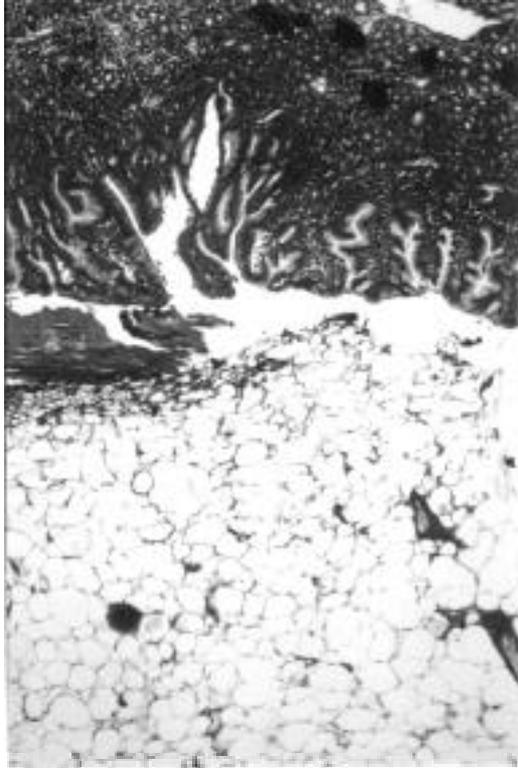
A ce stade le diagnostic de présomption était un léiomyome gastrique.

A l'intervention, l'exploration de l'estomac a permis de confirmer la présence d'une tumeur de coloration jaunâtre largement implantée à la face postérieure de l'antrum, mesurant 7 cm x 5 cm x 4 cm, sa surface lisse présentait 2 ulcérations.

Une simple énucléation a été réalisée.

Microscopiquement (fig. 1), il s'agissait d'un lipome adipo-cytaire mature sous-muqueux et sans lésions suspectes.

Adresse de l'auteur : 22, Rue El Brihi, 3ème étage, n°8 Rabat.

Figure 1 : Lipome gastrique sous-muqueux**COMMENTAIRE**

Parmi les localisations digestives, le lipome est moins fréquent au niveau de l'estomac qu'au niveau du côlon ou de la région iléo-caecale.

Il se rencontre à égalité chez l'homme et chez la femme entre 40 et 50 ans.

Il peut siéger dans tout l'estomac excepté le cardia et le pylore ; la localisation antrale est la plus fréquente (5). Il est habituellement solitaire, mais des formes multiples ont été rapportées (3, 7).

Macroscopiquement, c'est une tumeur de consistance molle, dépassant rarement les 8 cm de diamètre d'aspect blanc-jaunâtre, caractéristique, et l'histologie est celle du tissu adipeux adulte, disposé en lobules.

Rarement exogastrique et sous-séreux (5% des cas), il se développe en règle dans la lumière gastrique sous la muqueuse avec une implantation généralement sessile (7).

La présence fréquente d'une ulcération centrale est considérée comme une caractéristique possible du lipome (3, 5, 6). La pathogénie de cette ulcération est mal connue : elle ferait intervenir la pauvreté de la vascularisation de cette tumeur (3) ou l'augmentation de volume du lipome dont la pression serait responsable d'une ischémie muqueuse permettant l'action corrosive du suc gastrique (6).

Cette pauvreté vasculaire explique des ulcérations comparables du schwannome et ainsi la possible ressemblance entre les deux tumeurs.

Les manifestations cliniques du lipome gastrique sont variables. A côté des formes latentes de découverte radiologique, endoscopique ou opératoire, des tableaux douloureux, dyspeptiques ou obstructifs peuvent se rencontrer en fonction du volume et de la localisation du lipome (3, 5). Mais l'accident le plus souvent révélateur et le plus grave est l'hémorragie qui serait retrouvée dans 50% des cas (5, 7) : melaena, hématomèse, anémie chronique.

Le diagnostic de lipome est rarement fait avant l'intervention. La radiologie est en faveur de la bénignité, montrant une image lacunaire à contour net, parfois associée à une niche en cas d'ulcération.

Récemment, certains (4) ont montré l'intérêt de la tomodensitométrie qui permettait de porter le diagnostic préopératoire de lipome sur la notion d'une masse homogène, de faible densité caractéristique.

L'endoscopie, permet de préciser le caractère sous-muqueux de la tumeur, retrouve l'ulcération, mais les biopsies, trop superficielles, n'apportent pas en règle d'argument histologique.

Le diagnostic préopératoire le plus fréquent est celui de léiomyome ulcéré ou de cancer ulcéré (5). Mais c'est au schwannome que cette lésion ressemble le plus.

Le seul traitement est l'ablation chirurgicale du lipome. La technique est dictée en partie par les résultats des biopsies préopératoires.

Si le lipome est suspecté, une simple énucléation ou une excision peut être réalisée si les conditions locales sont favorables. Au contraire, lorsque le lipome est volumineux, ulcéré, la malignité possible, une résection doit être

réalisée avec examen histologique extemporané, ceci pour faciliter la réparation lorsque le lipome est proche du pylore.

Le pronostic est excellent. Aucune récurrence après exérèse ou dégénérescence n'a été rapporté, ce qui autorise une chirurgie limitée autant que possible.

BIBLIOGRAPHIE

1. N.B. ACKERMAN, S.Q. CHUGHTAI.
Symptomatic lipomas of the gastrointestinal tract.
Surg Gynecol Obstet, 1975, 141, 565-568.
2. J.N. BRUNETON, A.M. QUOY, X. DAGEVILLE, P. LECOMPTE.
Les lipomes du tube digestif. Revue de la littérature à propos de 5 cas.
Ann Gastroentérol Hépatol, 1984, 20, 1, 27-32.
3. J. GROSDIDIER, P. BOISSEL, D. BAUDESSON, P. LEFAKIS.
Les lipomes de l'estomac.
J. Chir (Paris), 1974, 108, 47-56.
4. J.P. HEIKEN, K.A. FORDE, R.P. GOLD.
Computed tomography as a definitive method for diagnosing gastrointestinal lipomas. Radiology, 1982, 142, 409-414.
5. D. JOHNSON, V. DEGENNARO, W. PIZZI, NEALONT.
Gastric lipomas. A rare cause of massive upper gastrointestinal bleeding, Am J Gastroenterol, 1981, 75, 299-301.
6. A. THEUNIS, A. DONY, C. DEWITTE, J.P. SERSTE, M. DESCHREYER.
Volumineux lipome du corps gastrique, responsable d'une hémorragie digestive haute.
Acta Gastroentérol Belg, 1979, 62, 294-298.
7. R.W. TURKINGTON.
Gastric lipomas. Report of case and review of the literature.
Am J Dig. Dis, 1965, 10 719.
8. R.H.G.G. VAN HEE, A.P.M. VAN DAM, A.C. MOULIJN.
Le lipome gastrique.
Méd Chir Dig. 1976, 5, 299-300.