

POSTER

A propos d'un cas de lipome intra-buccal.

**Le Gall J¹, Bouthaina K¹, Comte C¹, Boulagnon Rombi C¹, Lefèvre B¹, Mauprivez C¹,
Laurence S¹**

1. CHU Reims

Le lipome correspond à une tumeur bénigne mésenchymateuse constituée de tissu lipidique, d'évolution lente et de découverte souvent fortuite (Kumaraswamy, 2009). Cette pathologie représente 2,4% de toutes les tumeurs de la cavité buccale avec une répartition identique entre les deux sexes. Sa pathogénie est mal connue et son développement est indépendant du métabolisme et de l'alimentation. Même si cette tumeur bénigne des tissus mous est la plus fréquente, les localisations intra orales sont rares.

Le cas rapporté est celui d'un patient de 67 ans initialement adressé par son dentiste, décrivant une tuméfaction gênante pour effectuer des soins dentaires, située à la face interne de la muqueuse jugale gauche.

Ses antécédents médicaux sont marqués par trois infarctus du myocarde, une stéatose hépatique compliquée de varices œsophagiennes, une thrombopénie idiopathique, une hypertension artérielle et un diabète de type 2 non équilibré. L'interrogatoire révèle une absence de suivi cardiologique depuis un an ainsi qu'une non complaisance du patient. Concernant la lésion, l'anamnèse relate une tuméfaction du vestibule mandibulaire et de la joue droite d'aspect nodulaire présente depuis plusieurs années, devenue gênante pour la mastication.

L'examen exobuccal est sans particularité. L'examen endobuccal met en évidence un nodule de quatre centimètres de grand axe, mobile et mou à la palpation, non douloureux, homogène, circonscrit, faisant évoquer un lipome typique. L'orthopantomogramme, exceptées des lésions carieuses est sans particularité.

Devant cette localisation atypique et sa taille, une imagerie par résonance magnétique est préconisée. Celle-ci retrouve des cloisons nettement identifiables, hypo-intenses en pondération T1 et T2, se rehaussant très peu après injection de Gadolinium. Une exérèse complète est réalisée sous anesthésie locale avec surveillance anesthésique.

L'analyse histologique de la pièce opératoire conclut à un fibrolipome sans atypie cellulaire, ni signe de malignité, avec des limites d'exérèses saines. La recherche des marqueurs cellulaires MDM2 et CDK4 n'a pas été effectuée d'emblée devant l'aspect typique de la lésion. Le contrôle post-opératoire à quinze jours, retrouve une bonne cicatrisation. Ce cas exposé révèle l'importance de l'imagerie par résonance magnétique avec études des cloisons du lipome, qui permet d'orienter le praticien sur le caractère malin ou non de ce type de lésion et d'éliminer le principal diagnostic différentiel : le liposarcome bien différencié.

Lorsque ces cloisons sont nombreuses, ou d'épaisseur irrégulières ou prennent le contraste, la tumeur est considérée comme suspecte. Cet examen permet une identification de la graisse et des composantes tissulaires (Fuchs, 2002). L'analyse histologique est indispensable, avec une exérèse complète. Le traitement chirurgical est le traitement de choix associé à un suivi même si les récurrences sont rares (Oliveira dos Santos, 2011).

legalljoey@gmail.com