

CASE REPORT



Giant liposarcoma of the upper extremity of the left thigh. A case report

Leila NEBCHI ; Djallal FADEL, Zoubir BOUGHANEM

Faculté de médecine d'Alger 1 et EHS Salim Zemirli Alger – Algérie

ABSTRACT

We report a case of subcutaneous myxoid liposarcoma of the upper left thigh extending up to the gluteal region in a 22-year-old girl with pain on sitting down. The extension work-up was negative, with a discrepancy between the results of the angio-MRI scans, the first of which concluded that there was a large mass of the gluteus maximus muscle, suggestive of a giant muscle angioma, and the second of a large mass of the distal part of the left gluteus maximus muscle, suggestive of a giant muscular angioma, and the second of a voluminous tissue mass in the distal part of the left gluteus maximus muscle, where the ultrasound-guided biopsy, despite the superficiality of the tumor and its volume, was inconclusive. After removal of this encapsulated bilobed mass measuring 29 cm x 20 cm with no change in general condition, despite having been evolving for over 1 year, operated on under locoregional anaesthesia. anatomopathological and immuno-histochemical studies concluded that it was a low-grade liposarcoma, and the multidisciplinary consultation meeting did not recommend adjuvant radiotherapy.

ARTICLE HISTORY

Received 26 Apr 2024

Accepted 06 May 2024

KEYWORDS

Giant Liposarcoma, Surgical treatment

CORRESPONDING AUTHOR

Leila NEBCHI
nebchil@yahoo.fr

1. INTRODUCTION

Les liposarcomes sont des cancers rares des tissus mous qui s'attaquent aux cellules adipeuses. On distingue plusieurs types de liposarcomes [1] selon leurs localisations comme ceux touchant les os, les tissus mous ou les tendons dont les traitements sont différents. Le liposarcome est le plus fréquent des liposarcomes [2] se développant dans les cellules graisseuses. Cette fréquence augmente chez l'adulte d'âge moyen et elle est rare aux extrêmes. L'objectif principal de la chirurgie est la résection complète car une résection incomplète est associée à la récurrence, le pronostic dépend du geste opératoire qui est l'exérèse locale large avec marges négatives est souvent curative et de l'étude immuno-histologique.

2. MATERIEL ET METHODES

Nous présentons le cas d'une patiente âgée de 22 ans qui a consulté suite à l'apparition progressive d'une masse des tissus mous de la cuisse gauche depuis un an et demi. L'examen clinique objectivait une cuisse augmentée de volume par rapport au côté controlatéral avec une accentuation de la circulation

veineuse collatérale témoignant de la compression c'est une masse de consistance ferme allant de la face latérale à la face postéro-externe de la cuisse gauche mesurant à peu près 29/20 cm de grand axe remontant à la fesse sans adénopathie satellite (figure 1). Une échographie a été demandée, concluant à un lipome sous-cutané ; une radiographie standard du segment osseux concerné ne montre rien de particulier. Le bilan a été complété par deux angio-résonance magnétique dont la première conclue à une volumineuse masse tissulaire du muscle grand glutéal, évoquant un angiome musculaire géant et la seconde à une volumineuse masse tissulaire de la partie distale du muscle grand fessier gauche comprimant le nerf sciatique et refoulant les vaisseaux sanguins (figures 2). Une biopsie échoguidée a été réalisée est revenue en faveur d'un sarcome des tissus mous sans autre précision. Au cours de l'intervention chirurgicale (figure 3), une grosse tumeur encapsulée bien marquée (poids 3 kg; dimensions 29/20 cm) a été trouvée (figure 4), située sous l'aponévrose du tenseur du fascia lata écrasant le grand et le moyen fessier qui poussent les muscles de côté. Une simple excision tumorale a été réalisée en englobant le site de la biopsie, puis coupé en deux pour voir l'aspect tumoral interne dont le contenu était polymorphe. L'étude anatomo-

pathologique a conclu en un aspect histologique d'un liposarcome myxoïde de bas grade et les marges d'exérèse chirurgicales étaient saines. La patiente a été représentée à la réunion de concertation pluridisciplinaire qui n'a pas proposé de traitement adjuvant.



figure 1. aspect clinique de la masse.



Figure 2. aspect de la tumeur à IRM coupe frontale

3. DISCUSSION

La chirurgie est le traitement de choix pour les liposarcomes et doit être réalisée de manière minutieuse pour garantir une résection complète de la tumeur, avec des marges de sécurité d'au moins un à deux centimètres. Avant l'intervention, un bilan radiobiologique complet et une imagerie par résonance magnétique sont souvent nécessaires [3-5] pour voir la situation et les rapports de cette masse avec les axes vasculo-nerveux mais dans notre cas il en a eu deux angio-IRM discordants déjà décrites dans la littérature [6]. La chirurgie est planifiée avec soin et n'est

pratiquée que si le chirurgien est certain de pouvoir enlever entièrement le sarcome [7]. Le liposarcome à cellules rondes ou myxoïde, souvent présent dans les membres, est un sous-type agressif qui résulte d'une translocation génétique spécifique. Ce type de sarcomes peut être sensible à la radiothérapie. Pour les lésions localisées en surface, une excision chirurgicale avec de larges marges de résection est généralement suffisante, réduisant ainsi le risque de récurrence locale. En revanche, pour les liposarcomes bien différenciés, situés en profondeur, le risque de récurrence locale est plus élevé, ce qui peut influencer le pronostic du patient [8].



Figure 3. A gauche, aspect avant le geste chirurgical. A droite, aspect après le geste chirurgical

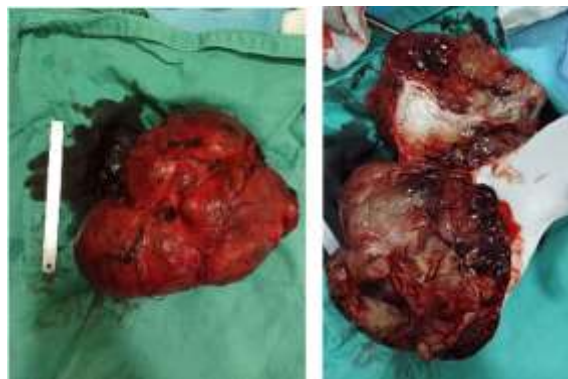


Figure 4. A gauche, aspect de la pièce opératoire de l'extérieure, et à droite en endogène.

4. CONCLUSION

Les liposarcomes représentent 20 % des sarcomes des tissus mous ; ce sont généralement des tumeurs bien différenciées avec un potentiel non métastatique, en particulier si elles sont situées aux extrémités. Malgré la taille énorme que peuvent

atteindre ces tumeurs, une excision large permet de réduire le taux de récurrence locale à presque zéro [8]. Des études ont montré que les liposarcomes bien différenciés situés aux extrémités ne nécessitent pas de traitement adjuvant et dans l'ensemble, ils ont un pronostic favorable à condition de faire une résection marginale de ce liposarcome géant permettant d'obtenir des résultats fonctionnels favorables sans altération de la biomécanique articulaire. L'identification du pédicule vasculaire de la tumeur est essentielle pour éviter les pertes de sang et les infections des tissus mous vu le volume cavitaire après résection ; le suivi de ce type de patients est important, ainsi que les résultats obtenus par la biopsie [9].

Conflits d'intérêt : aucun en rapport avec cet article.

REFERENCES

1. Jelinek JS, Kransdorf MJ, Shmookler BM, Aboulafia AJ, Malawer MM. Liposarcoma of the extremities : MR and CT findings in the histologic subtypes. *Radiology* 1993 ; 186 : 455-9.
2. Georgiades DE, Alcalais CB, Karabela VG. Multicentric well differentiate liposarcomas. A case report and brief review of the literature. *Cancer* 1969 ; 24 : 109 1-7.
3. London J, Edmund Kim E, Wallace S, Shirkhoda A, Coan J, Evans H. MR imaging of liposarcomas : correlation of MR features and histology. *J Comput Assist Tomogr* 1989 ; 13:832-5.
4. Mazzoleni N, Grimaud A, Thibaud I, Euller-Ziegler L. Liposarcome de la cuisse : apport des différentes techniques d'imagerie. *Revue d'imagerie médicale* 1994 ; 6 : 350-60.
5. SouliC D, Boyer B, Lescop J, Pujol A, Le Friant G, CordolianiYS. Liposarcome myxot'de, aspects en IRM. *J Radial* 1995 ;76 : 29-36
6. Murphey MD, Arcara LK, Fanburg-Smith J. Tirés des archives de l'AFIP : imagerie du liposarcome musculo-squelettique avec corrélation radiologique-pathologique . *Radiographies* 2005 ; 25 (5) : 1371-1395.
7. Ng YC, Tan MH. Liposarcome des extrémités : une revue des cas vus et pris en charge dans un grand hôpital tertiaire de Singapour . *Singapour Med J* 2009 ; 50 (9) : 857-861.
8. Hashimoto Y, Hatakeyama S, Tachiwada T et al. Traitement chirurgical d'un liposarcome géant chez un Japonais . *Av. Urol* 2010 ; 2010 : 943073.
9. Terzioglu A, Tuncali D, Yuksel A et al. Lipomes géants : une série de 12 cas consécutifs et un liposarcome géant de la cuisse . *Dermatol Surg* 2004 ; 30 (3) : 463-467.