

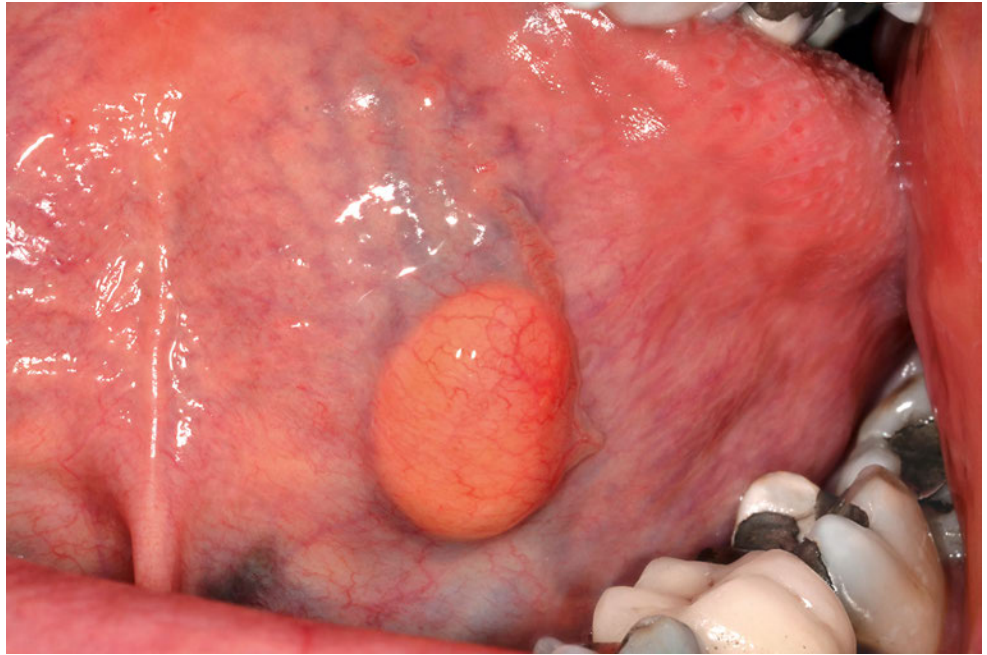
**RENZO BASSETTI**  
**PATRICK TOMASETTI**  
**JOHANNES KUTTENBERGER**

Clinique de chirurgie buccale et  
maxillo-faciale/chirurgie orale,  
Hôpital cantonal de Lucerne

#### CORRESPONDANCE

Dr. med. dent. Renzo Bassetti  
Klinik für Mund-, Kiefer-,  
Gesichtschirurgie, Oralchirurgie  
Luzerner Kantonsspital, Luzern  
Spitalstrasse  
CH-6000 Luzern 16  
Tél. +41 41 205 45 77  
Fax +41 41 205 45 75  
E-mail: renzo.bassetti@luks.ch

Traduction: Jacques Rossier  
et Thomas Vauthier



## Lipome intraoral de la base de la langue

Aperçu général et présentation d'un cas clinique

#### MOTS-CLÉS

Lipome intraoral,  
tumeur bénigne des tissus mous,  
tumeur bénigne mésoenchymateuse,  
biopsie-excision,  
biopsie-exérèse

**Image en haut:** Lipome de la face ventrale de la base  
de la langue

#### RÉSUMÉ

Les lipomes sont relativement rares dans la sphère orale. Ils font partie des tumeurs primaires bénignes des tissus mous – ou tumeurs mésoenchymateuses –, et leur croissance est généralement lente et asymptomatique. Du point de vue du diagnostic différentiel, le lipome doit être différencié du liposarcome, sa variante maligne, dont la croissance, en règle générale, est égale-

ment indolore et plutôt lente. Pour cette raison, lors de suspicion clinique de lipome, l'examen histopathologique de la tumeur est indiqué après son exérèse. Le but de ce rapport de cas est de présenter l'approche structurée visant à réaliser l'exérèse d'un lipome de la face ventrale de la base de la langue, du côté gauche, et de donner un bref aperçu de la littérature y relative.

## Introduction

Le lipome de la cavité buccale a été décrit pour la première fois en 1848 par M. Roux en tant qu'épulis (ou hyperplasie) jaune, l'épulis étant en fait une pseudotumeur hyperplasique de la gencive (ROUX 1848). Parmi les tumeurs primaires mésenchymateuses des tissus mous de la région de la tête et du cou, les plus courantes sont les lipomes. En effet, les lipomes représentent 15 à 20% des tumeurs mésenchymateuses de la région de la tête et du cou, et 1 à 5% des tumeurs mésenchymateuses de la cavité buccale (DE VISSCHER 1982; FREGNANI ET COLL. 2003; RAPIDIS 1982; SELDIN ET COLL. 1967). Il n'en reste pas moins que les lipomes de la cavité buccale sont rares, puisqu'ils ne représentent que 0,1 à 5% de l'ensemble des tumeurs ou pseudo-tumeurs bénignes de la sphère orale. Ils se localisent le plus souvent dans la cavité buccale, la joue et la langue, mais ils peuvent également être situés dans le plancher buccal, les grandes glandes salivaires, le vestibule, le palais, l'espace rétromolaire et les lèvres (BATAINEH ET COLL. 1996; COTTRELL ET COLL. 1993; FREGNANI ET COLL. 2003; FUJIMURA & ENOMOTO 1992; FURLONG ET COLL. 2004; GARAVAGLIA & GNEPP 1987; GHANDOUR & ISSA 1992; GRAY & BARKER 1991; MALAVE ET COLL. 1994; PELISSIER ET COLL. 1991). Histologiquement, les lipomes de la sphère orale sont constitués de cellules graisseuses ou adipocytes. A quelques exceptions près, ils sont entourés d'une capsule fibreuse, ou ils sont tout au moins clairement délimités par rapport au tissu environnant, sur lequel ils reposent généralement avec une large base non pédiculée (sessile) (ANGERVALL ET COLL. 1976; PINDBORG 1987; SAID-AL-NAIEF ET COLL. 2001). Les noyaux des adipocytes sont généralement monomorphes et de petite taille. Il arrive parfois que les caractéristiques histologiques des lipomes soient modifiées par la présence d'autres composantes mésenchymateuses. Sur la base de ces différentes caractéristiques histologiques et de leur mode de croissance, les lipomes se subdivisent en neuf sous-types: lipomes simples, fibrolipomes, angioli-pomes, lipomes infiltrants (intramusculaire), lipomes pléomorphes, ostéolipomes, sialolipomes, chondrolipomes, myxolipomes et lipomes à cellules fusiformes (EPIVATIANOS ET COLL. 2000; SAID-AL-NAIEF ET COLL. 2001).

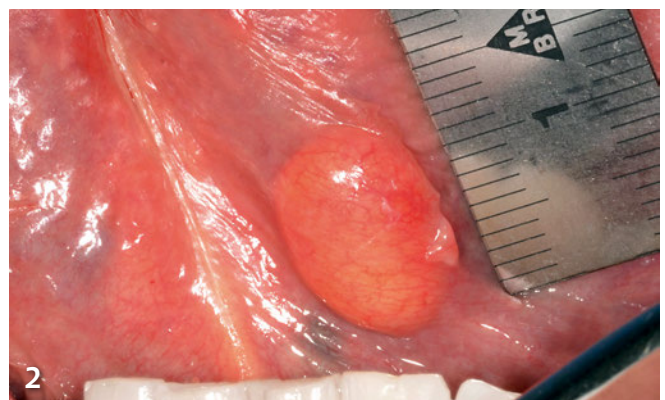
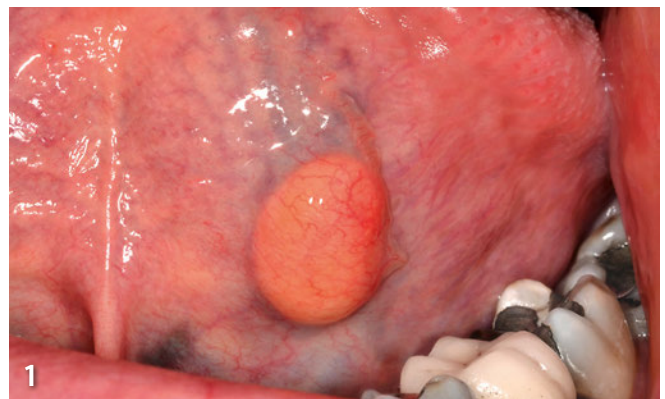
Cliniquement, les lipomes se présentent généralement comme des tumeurs localisées dans la profondeur des tissus mous, de sorte que l'examen externe ne permet souvent pas de déceler une coloration anormale (BORK ET COLL. 2008). Il est rare que les lipomes se situent immédiatement sous une muqueuse fine; dans ce cas, leur couleur jaunâtre est visible à travers la muqueuse tendue contenant par ailleurs quelques télangiectasies (BORK ET COLL. 2008; PINDBORG 1987). Les lipomes peuvent aussi être classés, en fonction de leur localisation, en lipomes superficiels, profonds et paraostéaux (KUMARASWAMY ET COLL. 2009).

L'objectif de ce rapport de cas est de montrer les étapes du processus d'exérèse d'un lipome de la base de la langue, et de présenter à ce propos un bref aperçu de la littérature actuelle.

## Présentation de cas

### Anamnèse

Une patiente de 58 ans a été référée par son médecin-dentiste privé à la Clinique de chirurgie buccale et maxillo-faciale/ chirurgie orale de l'Hôpital cantonal de Lucerne, pour évaluation diagnostique et traitement d'une tumeur à croissance lente mais constante de la face ventrale de la base gauche de la langue. La patiente était en bon état de santé général; on relevait dans l'anamnèse une allergie à la pénicilline. La patiente n'avait pas de plaintes subjectives à formuler au niveau de la langue, mais elle s'inquiétait de la taille déjà importante de la tumeur.



**Fig. 1** Vue d'ensemble du lipome de la face ventrale gauche de la base de la langue lors de l'examen clinique initial.

**Fig. 2** Dimension du lipome en bouche: 13 x 6 mm.

### Statut

Le statut intraoral montrait une dentition soignée dans le maxillaire et la mandibule, avec une bonne hygiène bucco-dentaire. La face ventrale gauche de la base de la langue présentait un processus expansif mesurant environ 13 mm de long et 6 mm de large, de couleur jaunâtre, avec un dessin vasculaire marqué (télangiectasies) de la muqueuse recouvrant la lésion. La tuméfaction était indolore à la palpation, de consistance molle à élastique, non fixée, mobilisable et bien délimitée par rapport au tissu avoisinant (fig. 1, 2). A part cette lésion, la muqueuse orale était sans particularité.

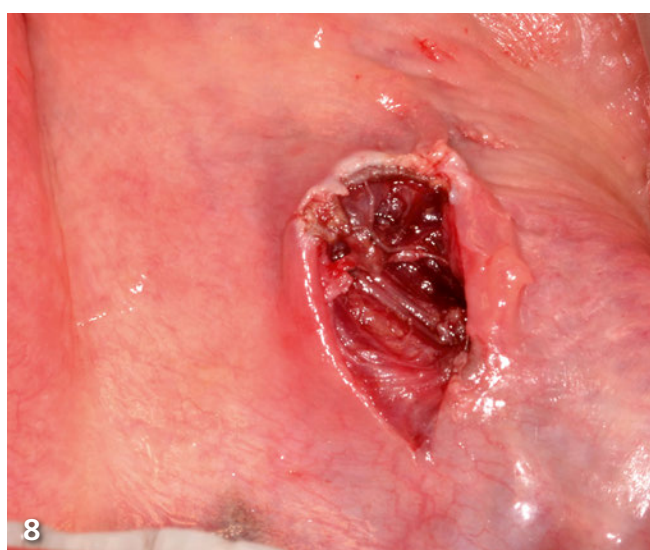
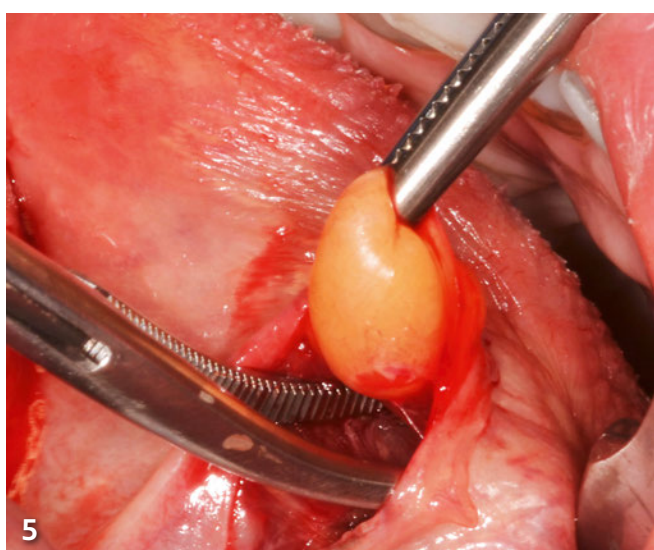
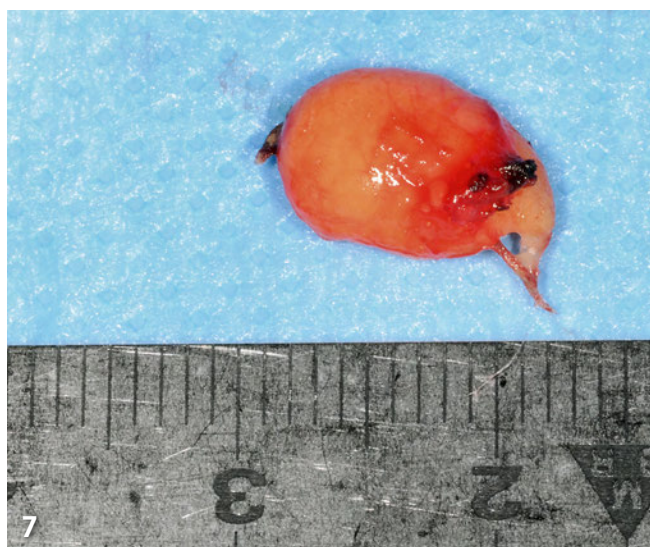
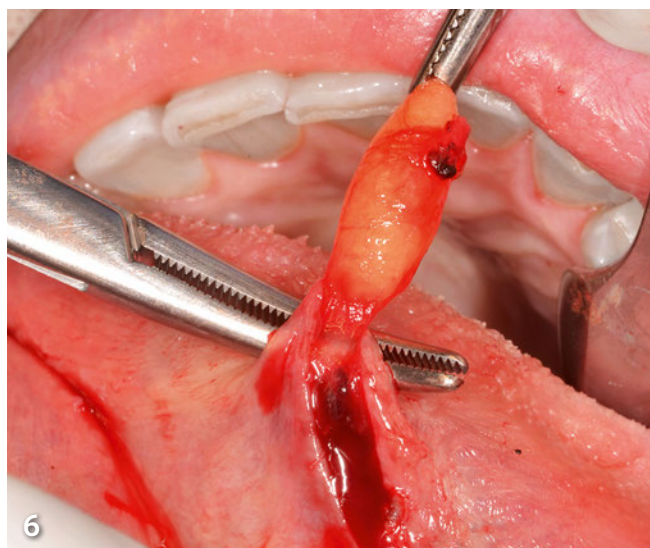
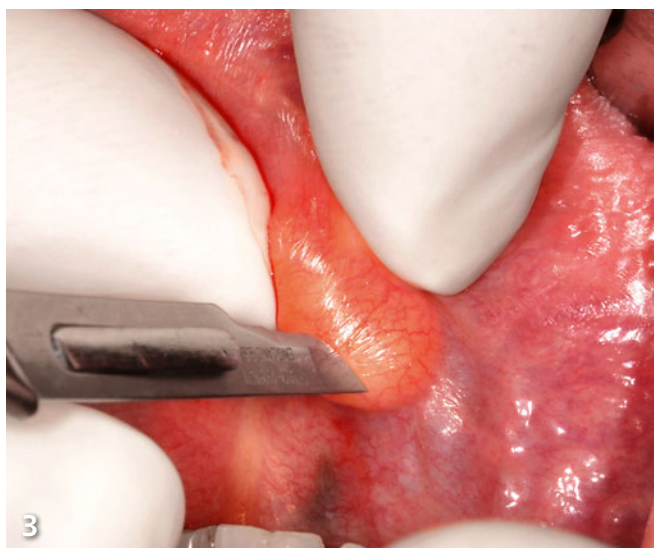
### Diagnostic et planification du traitement

Diagnostic de suspicion: lipome. Le diagnostic différentiel comprenait essentiellement le kyste rétentionnel des glandes salivaires, qui se présente souvent sous forme d'une tuméfaction jaunâtre de consistance molle avec un dessin vasculaire bien visible de la muqueuse sus-jacente, et le fibrome mou.

La patiente tenait absolument à avoir un diagnostic précis, et un traitement correspondant a donc été planifié: biopsie-excision de la lésion sous anesthésie générale (l'anesthésie générale était demandée par la patiente).

### Traitement

L'anesthésie générale a été initiée après le positionnement habituel de la patiente et la désinfection; une anesthésie locale a également été pratiquée autour de la tumeur, circulairement, dans la région ventrale gauche de la base de la langue (Ultracain D-S forte avec adrénaline 1:100 000, Sanofi-Aventis SA, Suisse). Au moyen d'une suture de maintien (Vicryl 4-0, Ethicon,



**Fig. 3** Incision superficielle longitudinale du lipome (lame de scalpel n° 15).

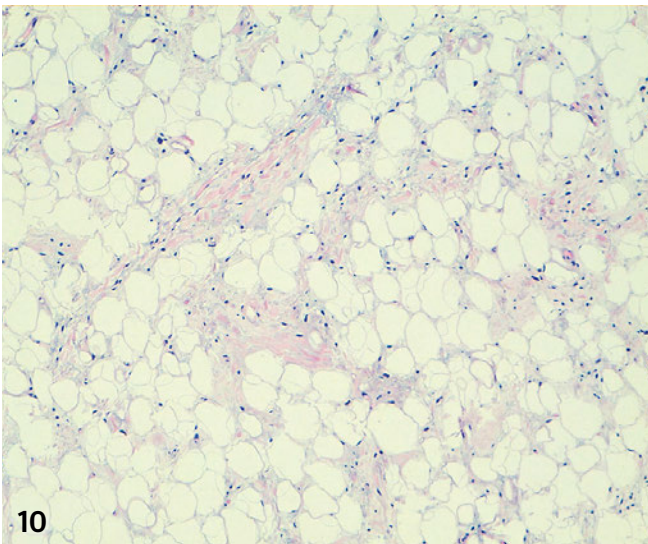
**Fig. 4** La surface du lipome est indemne après la réalisation de l'incision superficielle.

**Fig. 5** Dissection prudente du lipome à la pince courbe de Mosquito (à pointe mousse) en suivant le plan de clivage de la capsule conjonctive.

**Fig. 6** La tumeur presque entièrement libérée, encore rattachée à son pédoncule vasculaire.

**Fig. 7** La pièce opératoire avant la fixation.

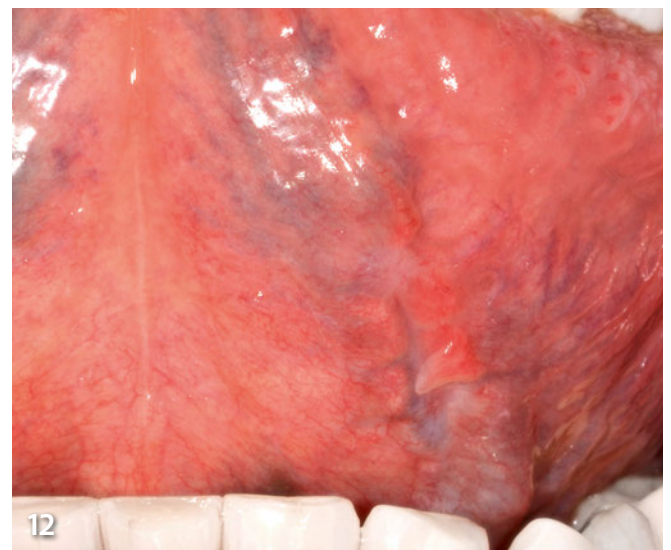
**Fig. 8** Le site opératoire après exérèse complète du lipome et irrigation abondante avec la solution de Ringer.



Johnson & Johnson) placée dans le cinquième antérieur de la langue, celle-ci a pu être positionnée idéalement pour l'intervention. Une incision superficielle prudente a été pratiquée longitudinalement, immédiatement au-dessus de la lésion (fig. 3) et sans léser le tissu jaunâtre sous-jacent (fig. 4), puis la lésion avec sa fine membrane conjonctive a été disséquée du tissu fibreux adjacent à l'aide d'une pince courbe de Mosquito, à pointe mousse (fig. 5). Après dissection et électrocoagulation à la pince bipolaire, les vaisseaux sanguins afférents ont été sectionnés au ciseau. De cette manière, l'excision *in toto* a pu être pratiquée avec une perte de sang minimale (fig. 6). La pièce opératoire mesurait alors 6 × 6 × 10 mm et présentait une surface lisse (fig. 7). Elle a été placée dans un tube contenant un milieu de fixation approprié (formaldéhyde tamponnée à 4%). Après rinçage abondant de la zone d'intervention avec une solution de Ringer (fig. 8), la fermeture primaire de la plaie opératoire a été réalisée à l'aide de points de suture isolés (Vicryl 4-0, Ethicon, Johnson & Johnson) (fig. 9). Après l'intervention, il a été demandé à la patiente, dès la salle de réveil, de pratiquer trois fois par jour un rinçage buccal avec une solution de chlorhexidine (solution de rinçage à la chlorhexidine 0,1%, *formula hospitalis*, Pharmacie centrale de l'Hôpital cantonal de Lucerne, Suisse). Pendant la phase postopératoire, le traitement analgésique a été assuré par un AINS (Olfen® retard 75 mg deux fois par jour, Mepha Pharma SA, Suisse).

L'examen histopathologique a confirmé le diagnostic de fibrolipome bien vascularisé, bordé de tous côtés d'une fine membrane conjonctive (fig. 10). La tumeur ne présentait aucun signe de malignité.

Lors de l'ablation des fils chirurgicaux dix jours après l'intervention, la patiente était totalement asymptomatique, avec une cicatrisation rapide de la plaie opératoire sans signes d'irritation (fig. 11). De même, le contrôle ultérieur à trois mois ne montrait aucun signe de complication (fig. 12).



**Fig. 9** Fermeture primaire de la plaie avec une suture résorbable (Vicryl 4-0, Ethicon, Johnson & Johnson).

**Fig. 10** Biopsie-excision du fibrolipome de la face ventrale gauche de la base de la langue (grossissement 200 ×): répartition homogène des cellules grasses (adipocytes); le cytoplasme est optiquement vide, les petits noyaux monomorphes des adipocytes sont repoussés à la périphérie de la cellule. Le tissu adipeux héberge de nombreux faisceaux conjonctivo-vasculaires denses clairement visibles (coloration à l'hématoxyline-éosine).

**Fig. 11** Statut local dix jours après la biopsie-exérèse, immédiatement après le retrait des fils chirurgicaux.

**Fig. 12** Statut local trois mois après la biopsie-excision.

## Discussion

Les lipomes sont des tumeurs bénignes généralement asymptomatiques, à croissance lente, composées de cellules adipeuses bien différenciées (adipocytes). Ils se manifestent généralement après l'âge de 40 ans, et assez rarement chez l'enfant (FREGNANI ET COLL. 2003; FURLONG ET COLL. 2004; SAID-AL-NAIEF ET COLL. 2001). La patiente décrite dans le présent travail s'inscrit dans ce schéma. Dans la littérature y relative, il n'y a pas de consensus quant à la répartition des lipomes ou de certains sous-types en fonction du sexe (DE VISSCHER 1982; FREGNANI ET COLL. 2003; FURLONG ET COLL. 2004; HATZIOITIS 1971; SAID-AL-NAIEF ET COLL. 2001), mais on ne dispose pas d'études épidémiologiques suffisantes sur ce thème.

Du point de vue du diagnostic différentiel et en raison de la consistance particulière des lipomes, il faut penser notamment au kyste rétentionnel des glandes salivaires mineures, aux tumeurs des glandes salivaires (adénome pléomorphe, tumeur muco-épidermoïde) et aux hémangiomes profonds (HARNISCH ET COLL. 2007; LISCHNER ET COLL. 2002). Le liposarcome, une tumeur maligne du tissu adipeux, doit également être évoqué dans le diagnostic différentiel. Mais cette tumeur est très rare dans la sphère orale et se localise alors préférentiellement au niveau des joues (FUSETTI ET COLL. 2001). Contrairement au lipome, le liposarcome n'a pas de véritable capsule conjonctive, de sorte que l'excision doit être réalisée en tissu sain avec une bonne marge de sécurité (FUSETTI ET COLL. 2001; HARNISCH ET COLL. 2007). Cliniquement, il n'est pas possible de distinguer indubitablement un liposarcome d'un lipome; un examen histopathologique du tissu tumoral d'aspect adipeux est donc une condition sine qua non (BAER ET COLL. 2001; HARNISCH ET COLL. 2007; SALAM 2002).

Les lipomes semblent se différencier métaboliquement des cellules adipeuses normales, car la graisse du lipome, contraire-

ment au tissu adipeux normal, n'est pas utilisée pour la production d'énergie au cours d'une période de jeûne ou de famine (SAKAI ET COLL. 2006). Cela signifie que le volume de la tumeur ne diminue pas pendant une période de privation de nourriture (NEWLAND 1998).

Deux études suggèrent que la langue pourrait être un site privilégié du lipome infiltrant (intramusculaire) en raison de la relation de proximité immédiate entre le tissu adipeux et la couche musculaire (EPIVATIANOS ET COLL. 2000; FREGNANI ET COLL. 2003). En outre, il est possible que ce sous-type de lipome présente un taux de récurrence plus élevé (EPIVATIANOS ET COLL. 2000). Mais à ce jour cette idée reste plutôt spéculative, car il n'y a pas de consensus dans la littérature quant à l'existence même de ce sous-type au niveau intraoral, et de plus, on ne sait pas vraiment si les lipomes intramusculaires précédemment décrits sont des lipomes simples englobant des fibres musculaires, en raison de leur survenue à proximité immédiate du tissu musculaire (FREGNANI ET COLL. 2003). Dans le cas présent, il s'agit d'un fibrolipome entouré de toutes parts d'une fine capsule conjonctive. Ce sous-type de lipome est l'un des plus fréquents dans la sphère orale (FREGNANI ET COLL. 2003; GREER & RICHARDSON 1973; RAPIDIS 1982).

## Conclusion

Les lipomes de la sphère orale sont des tumeurs bénignes à croissance généralement lente. Leur croissance est le plus souvent asymptomatique. Il est important que l'exérèse complète de la tumeur – ou la biopsie – soit suivie d'un examen histopathologique, afin de confirmer le diagnostic de suspicion posé sur la base de la clinique. Le taux de récurrence est très faible.