

Lipome intra-oral de la région du nerf mentonnier

Présentation d'un cas et revue de la littérature

Hendrik Harnisch¹, Hans Jörg Altermatt²,
Michael M. Bornstein¹

¹ Clinique de chirurgie orale et de stomatologie,
Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne

² Pathologie Länggasse, Berne

Mots clés: tumeur bénigne, lipome, diagnostic différentiel,
ponction à l'aiguille fine, excision, liposarcome

Adresse pour la correspondance:
D^r méd. dent. Michael M. Bornstein
Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie
Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern
Freiburgstrasse 7, 3010 Berne
Tél. 031 632 25 82, fax 031 632 98 84
E-mail: michael.bornstein@zmk.unibe.ch

Traduction française de Jacques Rossier et Thomas Vauthier

(Illustrations et bibliographie voir texte allemand, page 373)

Introduction

Les lipomes font partie des tumeurs bénignes les plus fréquentes chez l'être humain (BATAINEH et coll. 1996). Comparativement à d'autres régions du corps, elles sont assez rares au niveau intra-oral; elles ne représentent que 1–2% de l'ensemble des tumeurs orales bénignes (SEIFERT 2000). Dans la cavité buccale, les lipomes surviennent le plus souvent isolément dans la région du plancher buccal, des joues, du vestibule, du palais, des gencives et de la langue. La localisation la plus fréquente est la joue (30%), suivie de la langue (20%), du plancher buccal (15%) et du palais mou (10%), (PINDBORG 1987; FANBURG-SMITH et coll. 1998; SEIFERT 2000). L'âge moyen des patients présentant un lipome intra-oral est compris entre 51–55 ans; la majorité des patients sont des hommes (BATAINEH et coll. 1996; SAID-AL-NAIEF et coll. 2001; FREGNANI et coll. 2003). Ces tumeurs sont généralement entourées d'une capsule conjonctive et reposent souvent sur un large pédicule; leur croissance est lente et indolore, et leur couleur jaune (souvent jaune d'œuf

Le lipome intra-oral est une tumeur bénigne des tissus mous, à croissance lente, indolore, qui peut provoquer des problèmes esthétiques et/ou fonctionnels lorsqu'elle augmente de volume. Les lipomes peuvent survenir dans toutes les régions du corps; la cavité buccale est assez rarement concernée. Sur le plan clinique, la croissance de la tumeur est souvent exophytique; elle est de consistance molle et élastique, pédiculée à large base d'implantation; sa couleur est celle de la muqueuse, ou jaunâtre. La tumeur peut aussi être localisée en profondeur. Selon la localisation, le diagnostic et le traitement éventuel peuvent poser des difficultés. Il est nécessaire de différencier les lipomes des tumeurs malignes du tissu adipeux et d'autres processus expansifs localisés dans les tissus mous. Le cas décrit est celui d'une patiente présentant un lipome de la région du nerf mentonnier droit. Les aspects relatifs au diagnostic, au diagnostic différentiel et au traitement de cette tumeur sont décrits et discutés en tenant compte des données actuelles de la littérature.

est parfois visible à travers la muqueuse, lorsque celle-ci est tendue (PINDBORG 1987). Lorsqu'elles sont situées en profondeur, ces tumeurs peuvent être inter- ou intramusculaires, et rarement péri-neurales. Leur taille varie le plus souvent entre 1,5 et 2 cm, et leur consistance peut être ferme ou élastique, en fonction de la quantité de tissu conjonctif qu'elles hébergent (SEIFERT 2000; FREGNANI et coll. 2003; FURLONG et coll. 2004).

Les lipomes de la cavité buccale sont généralement très riches en tissu adipeux et parcourus par un lit capillaire dense et fin, présentant parfois des microthromboses. Au niveau microscopique, les adipocytes des lipomes peuvent cependant être différenciés des cellules adipeuses normales. Ils sont de taille variable, irrégulièrement ordonnés en lobules, et leur contenu en graisse varie de cellule à cellule (MITTERMAIER 1993).

Sur le plan histologique, les lipomes intra-oraux peuvent être répartis en six différents sous-types (tab. I).

Outre ces sous-types, des formes de transition apparentées aux tératomes ont été décrites, avec des composantes myxomateuses

Tab.1 Classification histologique des lipomes intra-oraux (d'après SEIFERT 2000)

Lipomes intra-oraux

- 1) Lipomes simples
- 2) Fibrolipomes (avec une composante augmentée en tissu conjonctif)
- 3) Angiolipomes (avec une composante augmentée en vaisseaux sanguins à parois épaisses)
- 4) Lipomes à cellules fusiformes (composante augmentée en tissu conjonctif réparti irrégulièrement et comportant des cellules fusiformes de structure grossière)
- 5) Angiomyolipomes (avec une composante augmentée en vaisseaux sanguins à paroi épaisse et à parois lisses)
- 6) Hibernomes (constitués de cellules identiques à celles de la graisse brune, avec des lipoblastes à cellules finement vacuolisées)

ou kystiques, voire même des zones d'ossification; cependant, les lipomes intra-oraux ne présentent que rarement des foyers de métaplasie chondromateuse ou osseuse (MITTERMAIER 1993). Le cas discuté ici est celui d'un lipome localisé dans la région du nerf mentonnier droit, avec présentation des éléments diagnostiques, du processus opératoire, du suivi et des soins ultérieurs. Cette présentation sera suivie de la discussion des aspects liés au diagnostic, au diagnostic différentiel et au traitement, sur la base de la littérature actuelle.

Présentation du cas

La patiente, une femme de 56 ans, a été adressée à la Clinique de chirurgie orale et de stomatologie de l'Université de Berne par son médecin-dentiste privé, pour le diagnostic et la prise en charge thérapeutique d'une tumeur de la taille d'une prune, recouverte d'une muqueuse de coloration normale, de consistance molle, non fixée et située dans la région vestibulaire des 44/45.

Sur le plan anamnestique, la patiente était en bonne santé et n'évoquait pas de plaintes subjectives. Elle était gênée essentiellement par une voussure discrète au niveau de la joue droite, entraînant une légère asymétrie du visage, qu'elle avait remarquée pour la première fois environ six mois auparavant. De plus, la patiente se plaignait d'une légère sensation de tension dans cette région de la joue droite.

Le status extra-oral a mis en évidence une asymétrie du visage du côté droit, avec une ouverture légèrement réduite de la bouche (distance interincisive de 35 mm). A la palpation de la peau du visage, on constatait au niveau de la joue droite, au-dessus du bord mandibulaire, un processus expansif de la taille d'une prune, indolore à la palpation, de consistance élastique, dense, facilement mobilisable et bien délimité. La palpation des ganglions lymphatiques régionaux était sans particularité (pas d'induration, ni de fixation aux tissus adjacents ou d'induration). Le status intra-oral montrait une dentition presque complète (seules les 18, 28, 38 et 48 étaient absentes), soignée par des traitements conservateurs, avec une hygiène bucco-dentaire moyenne. Au niveau du maxillaire supérieur et inférieur, on constatait un érythème marginal généralisé de la gencive kératinisée, qui réagissait par des saignements importants au sondage (BoP/Bleeding on Probing, en moyenne de degré 2). Les dents présentaient une augmentation généralisée de la profondeur des poches parodontales (3–5 mm) au niveau du maxillaire supérieur, une atteinte de furcation de degré 2 au niveau de la 46 et une poche

parodontale de 8 mm dans la région mésiale de la 37. Par ailleurs, les dents 37, 27 et 16 présentaient une mobilité nettement augmentée. A part la 37, toutes les autres dents étaient vivantes, avec des réactions positives au test à la neige carbonique, et ne présentaient pas de douleurs à la percussion, ni en direction horizontale, ni dans le sens vertical.

L'examen stomatologique montrait un aplatissement marqué du repli vestibulaire de la région 44/45, alors que la surface de la muqueuse ne présentait pas de signes d'irritation. La palpation permettait alors de délimiter un processus expansif bordé d'une muqueuse de couleur normale, mesurant environ 30×20×15 mm, de consistance élastique, dense, mais facilement mobilisable (fig. 1).

L'examen extra- et intra-oral a été suivi de l'examen radiologique: l'orthopantomogramme réalisé dans notre clinique a montré une raréfaction osseuse horizontale généralisée avec quelques pertes de substance verticales (cratères) au niveau des dents 14, 26, 37 et 47. La 37 présentait une ostéolyse mésiale verticale, qui s'étendait de l'apex à la jonction émail-cément. Les dents 35 et 46 présentaient des zones d'ostéolyse interradiculaire au niveau de la furcation, confirmées par les radiographies apicales individuelles. Un effet de soustraction radiologique de forme arrondie se projetait dans la région 44/45, sous forme d'une zone radiotransparente d'environ 15 mm de diamètre située sur la partie basale de la mandibule. Les dents de cette région (44/45) ne présentaient pas de particularités pathologiques à la radiologie (fig. 2A et 2B).

Pour préciser la nature du processus expansif de la région 44/45 buccale, respectivement poser un diagnostic, une biopsie par incision de la lésion a été prévue, afin de planifier le processus thérapeutique ultérieur comportant le cas échéant une excision plus large, selon le résultat de l'examen histopathologique. Lors d'un entretien explicatif détaillé, la patiente a été informée des principaux diagnostics de suspicion (lipome intra-oral, neurofibrome, neurinome). De plus, la patiente a été informée du traitement chirurgical prévu, comportant le risque d'une lésion réversible ou irréversible du nerf mentonnier, qui serait liée à une éventuelle perte de sensibilité de la région de la lèvre inférieure à droite.

Après anesthésie tronculaire du nerf mandibulaire droit (Ultra-cain-DS-forte 4%, Aventis Pharma AG, Zurich, Suisse) au niveau de l'épine de Spix et des anesthésies terminales dans la région vestibulaire 46–43, une incision buccale curviligne a été pratiquée sur la limite mésiale de la lésion, dans la région 44. Une incision horizontale vestibulaire a été réalisée de la région 46 à la région 43, au-dessous de la gencive kératinisée, à la limite de la muqueuse vestibulaire mobile. Au niveau du nerf mentonnier, un lambeau mucopériosté a été préparé, de sorte à pouvoir bien visualiser le point de sortie du nerf. La structure pathologique ne semblait pas liée au tissu nerveux et se situait au-dessus du périoste. Le tissu pathologique mis en évidence était entouré d'une fine capsule conjonctive et sa coloration était nettement jaune, se différenciant clairement des structures tissulaires avoisinantes (fig. 3). Comme la lésion se laissait facilement séparer du tissu adjacent et présentait cliniquement les caractéristiques typiques d'un lipome bénin, il a été décidé après discussion avec la patiente au cours de l'intervention d'exciser la lésion entière en un seul temps opératoire.

La lésion a été disséquée et préparée à l'aide d'un ciseau de Metzenbaum, en ménageant les structures nerveuses, puis excisée en suivant le plan de clivage. Les parties particulièrement adhérentes de la capsule conjonctive ont été séparées du lambeau mucopériosté par grattage au moyen du scalpel (lame n° 15c).

Le vaisseau sanguin nourricier a été séparé de la lésion sans hémorragie, par électrocoagulation à la pince bipolaire. La préparation ainsi obtenue a pu être excisée en entier, sans la fractionner (fig. 4). La pièce opératoire prélevée, de surface lisse et bien délimitée, mesurait 31×21×9 mm et présentait des lobules et des septa clairement visibles (fig. 5).

Après avoir déposé la pièce opératoire dans le flacon destiné à la pathologie et contenant le liquide de fixation (formaldéhyde tamponné à 4%), la lésion présentait clairement le comportement de flottement caractéristique du point de vue du diagnostic différentiel, signe permettant de distinguer les lipomes d'autres tumeurs bénignes (fig. 6). Par la suite, la plaie opératoire a été rincée abondamment avec de la solution de Ringer, et la fermeture postopératoire primaire a été réalisée par des points de suture isolés et des sutures matelassées horizontales (Seralon 4-0/5-0, Serag-Wissner GmbH, Naila, Allemagne), (fig. 7).

A la fin de l'intervention, la patiente a été à nouveau informée de la possibilité d'une atteinte passagère ou latente du territoire d'innervation du nerf mentonnier droit (hypo- ou dyesthésie). Pendant la phase postopératoire, la patiente a bénéficié d'une couverture antibiotique pendant trois jours (Aziclav®, Spirig Pharma SA, Egerkingen, Suisse); le traitement analgésique a été assuré au moyen d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (Spiralgin®, Spirig Pharma SA, Egerkingen, Suisse). La désinfection orale de la plaie a été réalisée avec une solution de rinçage buccal contenant de la chlorhexidine (Hibitane 0,1%, Pharmacie de l'Hôpital de l'Île, Berne, Suisse).

Le diagnostic de suspicion a été confirmé par l'examen histopathologique de la pièce opératoire, qui a permis de poser le diagnostic de «lipome bien vascularisé». L'image histologique a montré du tissu adipeux entouré de fines membranes conjonctives, lobulé et bien vascularisé. Les adipocytes étaient matures, avec des limites cellulaires nettes, un cytoplasme optiquement vide avec de petits noyaux repoussés en périphéries des cellules. Les amas de cellules adipeuses étaient délimités par des septa fibreux minces ou plus larges, comportant de nombreux vaisseaux sanguins (fig. 8, 9).

Les bords de la plaie opératoire étaient légèrement érythémateux lors de l'ablation des fils de suture et du nettoyage de la plaie, sept jours après l'intervention, et les fils de suture étaient nettement recouverts par la plaque dentaire. Au niveau de l'incision vestibulaire, une légère déhiscence des berges de la plaie a été observée. Les dents 45–41 ont montré une réaction positive au test de sensibilité à la neige carbonique. La patiente a signalé une sensation d'hypoesthésie au niveau de la commissure labiale droite et de la partie droite de la lèvre inférieure. La réalisation d'un test de discrimination entre le piquer et le toucher au moyen d'une sonde dentaire a mis en évidence un trouble de la sensibilité impliquant une zone de 20×10 mm (fig. 10). Pour favoriser la guérison de la plaie dans la région de la déhiscence, il a été proposé à la patiente d'utiliser une pâte adhésive (pâte adhésive Solcoseryl® Dental, Valeant Pharmaceuticals GmbH, Birsfelden, Suisse).

Quatre semaines après l'intervention, un contrôle a été effectué pour vérifier la guérison de la plaie et la régénération nerveuse; l'examen a permis de constater que la muqueuse présentait des conditions normales sans signes d'irritation dans la région vestibulaire 45–41. La patiente a fait état d'une nette amélioration subjective de la sensation d'hypoesthésie dans la région susmentionnée de la lèvre inférieure.

Un contrôle réalisé trois mois après la biopsie-excision a montré au test de discrimination toucher-piquer une diminution de la zone d'hypoesthésie cutanée, qui ne mesurait alors qu'environ

10×5 mm. Six mois après l'excision du lipome, le site opératoire était guéri sans signes irritatifs et le trouble de la sensibilité avait disparu (fig. 11, 12).

Discussion

Lorsque le diagnostic est clair, on peut en principe se demander si l'indication à l'excision des lipomes est vraiment posée. Les lipomes se caractérisent par une croissance lente, autonome et indolore, qui peut entraîner à long terme des conséquences nécessitant impérativement l'ablation de ces tumeurs. Il faut mentionner principalement les ulcérations mécaniques-traumatiques de la muqueuse qui les borde, en raison de l'augmentation progressive du volume de ces tumeurs, les compressions nerveuses et/ou vasculaires ainsi que les déformations et asymétries du visage, aux conséquences disgracieuses (DEL CASTILLO PARDO DE VERA et coll. 2004).

Le traitement de choix pour l'ablation des lipomes extra- ou intra-oraux est l'excision (FUSETTI et coll. 2001; SAID-AL-NAIEF et coll. 2001). L'excision que nous avons réalisée représente une forme de traitement bien maîtrisée et dont les résultats sont prévisibles. La tumeur a pu être préparée sans problème sous contrôle visuel, permettant de ménager les structures anatomiques à risque (nerf mentonnier droit). L'incision «généreuse» nécessaire à un contrôle visuel intra-opératoire optimal permet certes un contrôle optimal du déroulement de l'intervention, mais augmente le risque de formation d'une cicatrice postopératoire (fig. 12). Dans le cas présent, la guérison de la plaie opératoire a été rendue plus difficile dans un premier temps par la traction permanente des muscles de la mimique (frein jugal de la région 43/44) sur les berges de la plaie opératoire et par l'hygiène buccale plutôt médiocre de la patiente. Dans les zones plus délicates sur le plan esthétique, telles que la lèvre, une incision mal exécutée peut avoir des conséquences négatives durables. En particulier dans le cas de lipomes à localisation superficielle, on pourrait envisager l'excision du lipome par laser au CO₂. Par rapport aux incisions réalisées au scalpel, l'expérience clinique montre qu'après des interventions au laser les plaies de la muqueuse orale guérissent généralement avec une contraction et une formation de tissu cicatriciel moins importante (BORNSTEIN et coll. 2003; BORNSTEIN et coll. 2005).

Différentes techniques minimalement invasives permettant d'obtenir des résultats esthétiques intéressants ont été décrites dans la littérature. Ainsi la technique dite «squeeze» est une procédure peu invasive: le tissu tumoral est extrait par pression à travers une petite incision pratiquée au-dessus de la tumeur (KENAWI 1995). Du fait que la graisse est liquide à la température corporelle, elle peut être évacuée par pression à travers une petite ouverture. La technique du «pot-lid» («couvercle de casserole») doit permettre en outre de réduire la cicatrice postopératoire. Après réalisation d'une biopsie au poinçon (punch biopsie, Ø 5 mm) en regard de la lésion, la tumeur est extraite à travers cette petite ouverture en exerçant une pression, de la même manière que pour la technique «squeeze». Le cylindre cutané prélevé par l'emporte-pièce est repositionné et fixé après extraction de la tumeur (GUPTA et coll. 2001). Les deux techniques minimalement invasives décrites ci-dessus sont cependant grevées d'un inconvénient majeur: il n'est pas possible de garantir une ablation complète de la capsule conjonctive et du tissu adipeux tumoral.

D'autres auteurs recommandent la technique suivante: une pincette clamp gynécologique est introduite par une incision localisée à un endroit favorable du point de vue esthétique, qui peut être largement éloigné de l'équateur de la tumeur, puis la

tumeur est clivée d'une main et extraite par une traction exercée par l'autre main. Par rapport aux autres techniques évoquées plus haut, il est ainsi possible, selon les auteurs, de procéder à l'ablation de lipomes fibromateux et adhérents aux structures adjacentes, tout en obtenant suffisamment de matériel utilisable pour l'examen histologique. Cette méthode est contre-indiquée lorsque les lipomes sont situés en profondeur ou à proximité de structures anatomiques comportant un risque trop important (PEREIRA & SCHÖNAUER 2001).

Une autre technique issue de la chirurgie plastique est la liposuction, utilisée essentiellement pour les lipomes de grande taille ($\varnothing > 4$ cm) à localisation superficielle (AL-BASTI & EL-KHATIB 2002). Les avantages de cette technique sont les suivants: les patients sont satisfaits en raison des complications postopératoires limitées et les résultats sur le plan esthétique sont excellents, du fait d'une cicatrice minime. Cette technique trouve cependant ses limites lorsqu'il s'agit d'exciser des lipomes fibromateux, du fait qu'elle aboutit souvent à une excision incomplète de la tumeur (GUPTA et coll. 2001). Grâce au contrôle endoscopique de la liposuction, ce problème pourrait être résolu; la méthode implique cependant un investissement technique important de la part du chirurgien traitant (HALLOCK 1995). De plus, la liposuction à elle seule ne fournit pas de matériel utilisable pour l'examen histologique. Il est indispensable de poser un diagnostic préalable précis, le cas échéant à l'aide d'examen d'imagerie approfondis (IRM), et de planifier soigneusement ce type d'intervention, afin d'éviter les erreurs de diagnostic et de traitement, de même que de prévenir les lésions éventuelles des structures anatomiques avoisinantes.

L'administration intralésionnelle de phosphatidylcholine est une autre méthode thérapeutique proposée par certains auteurs. Ce procédé repose sur l'injection intratumorale de lécithine extraite du soja, afin de «brûler les graisses». Des études histologiques réalisées après les injections ont toutefois mis en évidence des zones de fibrose, des réactions inflammatoires avec des aspects granulomateux et des foyers de dégénérescence pseudomembraneuse du tissu adipeux (KOPERA et coll. 2006). Il a été montré également que le jeûne n'entraîne pas de diminution du tissu tumoral, ce qui signifie que la lipolyse est ici d'origine non fonctionnelle, indépendante des besoins en énergie (NEWLAND 1998).

En résumé, il faut retenir que la méthode de traitement que nous avons choisie a pris en compte certains inconvénients sur le plan esthétique, afin de ménager au mieux les structures neurovasculaires présentant un risque lésionnel. Cependant, la tendance dans l'exérèse des lipomes va clairement dans la direction des interventions minimalement invasives, qui nécessitent cependant un diagnostic préopératoire précis et une planification exacte. Ces interventions mini-invasives restent essentiellement limitées aux lipomes à localisation superficielle, lorsqu'il n'y a pas de structures anatomiques avoisinantes à ménager impérativement, et pour autant que le diagnostic de suspicion soit clair (PEREIRA & SCHÖNAUER 2001).

Les récurrences sont rares après exérèse complète des lipomes intra-oraux (SAID-AL-NAIEF et coll. 2001). L'examen immunohistochimique (anticorps contre les antigènes cellulaires PCNA et ki-67) des lipomes intra-oraux, visant à évaluer leur activité proliférative, a permis de constater différents niveaux d'activité proliférative dans les différents sous-types de lipomes (FREGNANI et coll. 2003). Ces données n'ont cependant pas de conséquences pratiques pour le suivi postopératoire, car à ce jour, il n'y a eu aucune récurrence après l'exérèse chirurgicale dans l'ensemble des cas étudiés de cette manière. Le lipome intramusculaire et le

lipome à cellules fusiformes, qui peuvent poser un problème de diagnostic différentiel avec le liposarcome bien différencié tant sur le plan de l'imagerie que de l'histologie (SAID-AL-NAIEF et coll. 2001), n'ont pas présenté d'augmentation de l'activité proliférative.

Le liposarcome, la variante maligne des tumeurs du tissu adipeux, est la plus fréquente (environ 20%) des tumeurs malignes des tissus mous (BAER et coll. 2001). Il se localise essentiellement au niveau du tronc, du rétropéritoine et des extrémités inférieures. Les deux tiers des personnes présentant un liposarcome sont des hommes dont l'âge moyen est supérieur à 40 ans. Sur le plan clinique, il s'agit d'une tumeur indolore à croissance lente. Rarement, cette tumeur peut cependant présenter en fonction du sous-type histologique (McCULLOCH et coll. 1992) une croissance rapide et agressive, avec infiltration locale et métastases. Les liposarcomes peuvent être subdivisés en cinq sous-types:

- 1: liposarcome bien différencié
- 2: liposarcome myxoïde
- 3: liposarcome à cellules rondes
- 4: liposarcome dédifférencié
- 5: liposarcome pléomorphe

Le liposarcome intra-oral est une tumeur très rare, localisée préférentiellement au niveau de la joue (SEIFERT 2000; FUSETTI et coll. 2001). Les caractéristiques histologiques principales de cette tumeur maligne sont les suivantes: polymorphisme marqué et hyperchromasie des noyaux cellulaires, prolifération lipoblastique, absence d'une véritable capsule conjonctive. Sur le plan de traitement, l'exérèse large en tissu sain est indiquée afin de permettre une étude histologique adéquate de la pièce opératoire et de prévenir à long terme la survenue de récurrences (FUSETTI et coll. 2001). La combinaison de la chirurgie avec la radiothérapie a été décrite mais ne repose pas sur une évidence bien établie (McCULLOCH et coll. 1992). Même s'il s'agit d'une tumeur intra-orale très rare, le liposarcome doit toujours être évoqué dans le diagnostic différentiel lors de tumeurs apparentées aux lipomes (FUSETTI et coll. 2001). Comme le diagnostic différentiel entre lipome et liposarcome ne peut être réalisé cliniquement (BAER et coll. 2001), l'examen histopathologique de routine du tissu adipeux tumoral est nécessaire (SALAM 2002).

Le diagnostic de lipome intra-oral est souvent relativement simple lorsque la localisation est superficielle, dans le tissu sous-cutané. À la traction, la couleur jaune du tissu adipeux apparaît souvent en transparence à travers la muqueuse, ce qui permet de poser cliniquement un premier diagnostic de suspicion. Par la suite, le fait que la tumeur flotte dans le liquide de fixation est un indice péropératoire en faveur du contenu adipeux du tissu tumoral, de même que le test de Herdt pour la stéatose hépatique (HERDT et coll. 1983). En raison de sa densité plus faible, le tissu adipeux tumoral flotte dans la solution tamponnée de formaldéhyde à 4% contenue dans le flacon destiné à la pathologie (fig. 6). Pour les lipomes localisés plus profondément, tels que les lipomes intramusculaires ou périneuraux, le diagnostic préopératoire précis joue un rôle important, car l'examen clinique à lui seul fournit trop peu d'informations pour planifier de manière adéquate une intervention chirurgicale. À cet égard, la ponction à l'aiguille fine (PAF) est considérée comme un outil important du point de vue du diagnostic et de la planification de l'intervention (YONG et coll. 2005). À l'aide de la PAF, les masses tissulaires situées en profondeur, mais encore palpable, peuvent être ponctionnées lors d'une intervention mini-invasive préopératoire afin d'obtenir un examen cyto- ou histopathologique, qui peut être très utile pour déterminer la radicalité ou l'étendue de l'intervention à réaliser.

Pour les tumeurs des tissus mous à localisation superficielle, l'ultrasonographie représente un outil diagnostique apprécié et économique, permettant de renouveler les examens selon les nécessités. La résonance magnétique nucléaire combinée à la ponction à l'aiguille fine fournit aujourd'hui de nombreuses informations préopératoires relatives à l'histologie, l'extension, la délimitation périphérique et la consistance de la lésion (OHGURI et coll. 2003, DEL CASTILLO-PARDO DE VERA et coll. 2004).

La procédure diagnostique standard lors de lésion principalement indéterminée – bénigne ou maligne – des tissus mous est la biopsie obtenue par incision (BORNSTEIN et coll. 2006). Lors de difficultés diagnostiques à l'évaluation des coupes histologiques, il est possible de demander l'avis de pathologues de référence et d'utiliser des méthodes anatomopathologiques faisant appel aux techniques de la biologie moléculaire. Par exemple, après avoir obtenu la confirmation histologique d'un liposarcome, le stade tumoral peut être déterminé, pour être suivi d'une résection chirurgicale adéquate de la tumeur maligne en fonction des critères oncologiques (VOGT et coll. 2001). Dans la cas présent, la planification du traitement a été réalisée selon ce principe thérapeutique de base; cependant, compte tenu de l'aspect peropératoire clairement bénin de la tumeur (capsule conjonctive clairement visible, bonne délimitation par rapport aux tissus avoisinants) et des signes typiques d'un lipome classique, il a été possible de renoncer à la biopsie initialement prévue et de réaliser l'excision in toto.

Du point de vue du diagnostic différentiel, les lipomes intra-oraux profonds peuvent poser des problèmes cliniques qui doivent faire penser également aux kystes de rétention ou aux pseudokystes d'extravasation des petites glandes salivaires. Leur consistance ferme et élastique, ainsi que leur aspect bleuté translucide permet souvent de les reconnaître. Les tumeurs des glandes salivaires, comme l'adénome pléomorphe et la tumeur mucoépidermoïde, doivent aussi être envisagées du point de vue du diagnostic différentiel en raison de leur consistance analogue à celle des lipomes. En outre, certains hémangiomes profonds, de coloration neutre, peuvent s'apparenter aux lipomes du point de vue de leur présentation clinique et de la consistance à la palpation (LISCHNER et coll. 2002). Enfin, il faut penser aux foyers de stéatonecrose, aux lipogranulomes et aux traumatismes focaux de la boule graisseuse de Bichat, qui surviennent fréquemment chez l'adolescent à la suite de traumatismes (SEIFERT 2000).

Dans le cas qui fait l'objet de cette présentation, les néoplasies d'origine nerveuse ont joué un rôle important sur le plan du diagnostic différentiel, puisque la tumeur se situait au point de sortie du nerf mentonnier, dans la région 44/45. Les neurofibromes sont des tumeurs bénignes nodulaires des cellules de Schwann et des éléments du tissu conjonctif endo- et périneural, dont

l'aspect et la consistance ressemblent aux lipomes. La neurofibromatose (Von Recklinghausen) est une maladie héréditaire caractérisée par l'apparition de neurofibromes multiples; cette affection peut être reconnue par la présence concomitante d'efflorescences cutanées extra-orales typiques, les taches café au lait. Le neurinome est une tumeur solitaire bénigne à capsule conjonctive, de croissance lente, située sur le trajet d'un nerf; il est constitué de cellules de Schwann associées à une matrice collagène, et ne se distingue pas cliniquement du neurofibrome (MITTERMAIER 1993).

Les tumeurs bénignes du tissu musculaire, tel le léiomyome ou le rhabdomyome, dont la consistance est semblable à celle du lipome, n'entrent guère dans le diagnostic différentiel. Alors que les léiomyomes sont situés presque exclusivement au niveau du tractus gastro-intestinal, de l'utérus et de la peau, le rhabdomyome est considéré comme une tumeur intra-orale extrêmement rare (LOYOLA et coll. 1999, HANSEN & KATENKAMP 2005).

La survenue de lipomes multiples peut aussi être l'expression d'un syndrome, telle la lipomatose multiple. Il s'agit là d'un syndrome congénital d'étiologie indéterminée caractérisé par la survenue de lipomes multiples, prédominant au niveau du tronc, des extrémités, et localisés plus rarement au niveau de la tête et du cou. Ce syndrome est caractérisé vraisemblablement par un mode de transmission autosomal dominant (LEFELL & BRAVERMANN 1986). La lipomatose douloureuse ou maladie de Dercum est caractérisée par l'apparition de nodosités lipomateuses bilatérales symétriques et douloureuses au niveau du tronc et des extrémités. Cette affection concerne surtout la femme ménopausée (AMINE et coll. 2004). Chez les patients atteints de l'affection familiale caractérisée par l'apparition de multiples lipomes à cellules fusiformes, on discute le rôle de l'inactivation d'un gène suppresseur ou de l'activation de gènes influençant la croissance et la différenciation du tissu adipeux (FANBURG-SMITH et coll. 1998). Une perte de substance monosomale partielle des chromosomes 13 et 16, qui pourrait être liée à l'apparition des lipomes à cellules fusiformes, est également évoquée (MENTZEL & FLETCHER 1995).

On retiendra en conclusion que les lipomes sont généralement des tumeurs bénignes indolores, à croissance lente, qui peuvent cependant occasionner des problèmes esthétiques et/ou fonctionnels lorsqu'ils atteignent une certaine taille, et qui nécessitent alors un traitement chirurgical. Lors de suspicion de lipome intra-oral ou de tout autre processus expansif indéterminé des tissus mous de la cavité buccale, le patient devrait être adressé en tous les cas à un spécialiste afin d'obtenir un diagnostic histopathologique précis, de différencier la lésion des tumeurs malignes du tissu adipeux et de réaliser un traitement adéquat en fonction du diagnostic posé.