

DERMOLIPOME : À PROPOS D'UN CAS

DERMOLIPOMA : A CASE REPORT

BA K¹, DIALLO S¹, GUIROU N², CISSOKO S¹, SIDIBE M³, DEMBELE A³, NAPO A², BAKAYOKO S², SYLLA F², SACKO D², TRAORE J²

1- Centre de Santé de Référence de Kati
2- Institut d'Ophthalmologie Tropicale d'Afrique
3- Hôpital de Sikassakar

Correspondant: Docteur BA Kadiatou
BP. Bamako (MALI) / coucouba2007@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Une jeune dame de 22 ans a consulté pour une tumeur se situant à environ quelques millimètre au-dessus du côté temporal de la queue du sourcil de l'œil droit. Une radiographie a été faite et a permis de poser le diagnostic d'un dermo-lipome. L'exérèse chirurgicale a permis de retrouver un kyste rempli d'un liquide jaunâtre et en dessous duquel on retrouve un lipome

dont 2 fragments ont été envoyés au laboratoire pour examen d'anatomie-pathologie. L'examen retrouve un aspect histologique évoquant un fibrolipome rémanié. Il s'agit d'un kyste dermoïde avec un lipome (dermo-lipome) de la glande lacrymale se situant en temporo supérieure de la paupière supérieure de l'œil droit.

Mots-clés: DERMO-LIPOME, TUMEUR, EXAMEN RADIOLOGIQUE, ANATOMO-PATHOLOGIE.

ABSTRACT

Une jeune dame de 22 ans a consulté pour une tumeur se situant à environ quelques millimètre au-dessus du côté temporal de la queue du sourcil de l'œil droit. Une radiographie a été faite et a permis de poser le diagnostic d'un dermo-lipome. L'exérèse chirurgicale a permis de retrouver un kyste rempli d'un liquide jaunâtre et en dessous duquel on retrouve un lipome dont 2 fragments ont été envoyés au laboratoire pour examen

d'anatomie-pathologie. L'examen retrouve un aspect histologique évoquant un fibrolipome rémanié. Il s'agit d'un kyste dermoïde avec un lipome (dermo-lipome) de la glande lacrymale se situant en temporo supérieure de la paupière supérieure de l'œil droit.

Mots-clés: DERMO-LIPOME, TUMEUR, EXAMEN RADIOLOGIQUE, ANATOMO-PATHOLOGIE.

INTRODUCTION

Le dermolipome est un choristome qui siège au niveau du fornix supéro-temporal, près de la glande lacrymale et du muscle droit latéral. Il se développe à la surface du globe, sous la conjonctive à laquelle il adhère. Il est constitué de tissus adipeux, de tissus conjonctifs, et peut être surmonté de poils^{1,2,3,4,5}. La surface antérieure du dermolipome est indissociable de la conjonctive bulbaire temporale. Sa face postérieure est adjacente au muscle droit latéral et peut s'étendre en haut vers le complexe Müller-releveur de la paupière supérieure et vers la glande lacrymale. Une extension vers l'orbite externe est également possible⁴. Ils doivent être différenciés des hernies graisseuses à travers une fente du septum, ces dernières ont une surface lisse et un aspect rosé. Ces tumeurs peuvent contenir des éléments cutanés, des follicules pileux, des glandes lacrymales et des éléments musculaires^{1,2,3,5}. Il ne devient gênant que par l'augmentation de la couche pileuse ou par son accroissement qui fait apparaître une disgrâce esthétique⁴. Les examens complémentaires sont néces-

saires pour faire le diagnostic différentiel avec certaines pathologies (un mucocèle orbitaire, des kystes séreux ou des tumeurs des glandes lacrymales, ou des hématomes organisés) afin d'avoir une confirmation et bien localiser la lésion ou les lésions. Il s'agit de l'échographie, de la tomodensitométrie (TDM) ou scanner et l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Le traitement repose sur la surveillance simples et chirurgie pour les cas compliqués et ou inesthétiques. Son excision doit respecter les voies excrétoires lacrymales^{1,2,3,5}. Son excision peut être aisée bien qu'il n'existe pas de plan de clivage conjonctival possible, mais elle peut également entraîner des complications redoutables⁴. Un examen d'anatomie pathologique est nécessaire pour connaître la nature des éléments retrouvés et confirmer la bénignité des lésions. Les complications post chirurgies sont possibles et sont souvent redoutables⁴.

Le but de ce travail est d'exposer une observation clinique qui a pu bénéficier d'une prise en charge chirurgicale et dont l'évolution a été favorable.

OBSERVATION

Une patiente de 16 ans, consulte en Décembre 2016 pour une tuméfaction devenue inesthétique au niveau de la queue du sourcil de l'œil droit évoluant depuis l'enfance. La tumeur était d'environ 23 x 5 millimètres de taille palpable non douloureuse, non pulsatile.

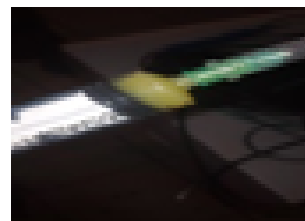
L'examen ophtalmologique est normal aux deux yeux à part la tuméfaction.

Une tomodensitométrie (TDM) fut demandée et a permis de poser le diagnostic d'un dermolipome de la queue du sourcil droit.

Le traitement a été chirurgical sous anesthésie locale par infiltration à la base de la tumeur.



L'incision a été parallèle au sourcil ; elle comprenait la peau et le plan musculaire. La tumeur a été mise à nu et exposée par la mise en place de deux écarteurs, a été clivé au bistouri prudemment des parties molles, puis de la fossette osseuse à laquelle il adhérait. Ensuite on a procédé à l'aspiration du jus qui était d'aspect graisseuse à l'aide d'une seringue.



La tuméfaction continuait par une masse dure arrondie d'environ 8 mm dure qui a été décollé et enlevée. Les fragments ont ensuite été envoyés au laboratoire. Le compte rendu de l'examen d'anatomie pathologie a permis

de mettre en évidence des plages de tissus adipeux parsemés de tissus fibreux. Par ailleurs, on a noté un discret infiltrat inflammatoire avec absence d'atypies cytonucléaires. La conclusion a été un fibrolipome remanié.

Après la chirurgie nous avons observé une réaction inflammatoire œdémateuse qui a été résorbé à un mois environ.



DISCUSSION

Les dermolipomes sont des formations cutanées ectopiques. On y retrouve du tissu épidermique associé à une (ou plusieurs) structure(s) annexielle(s) dermique(s) comme des follicules pileux, des glandes sébacées et des glandes sudoripares^[1,2,3,4,5]. Ils peuvent avoir un aspect kystique avec une cavité remplie de kératine, de poils et de tissu gras. Il n'existe pas de plan de clivage entre la lésion et les tissus normaux adjacents auxquels elle adhère. La surface antérieure du dermolipome est indissociable de la conjonctive bulbaire temporale. Sa face postérieure est adjacente au muscle droit latéral et peut s'étendre en haut vers le complexe Müller-releveur de la paupière supérieure et vers la glande lacrymale. Une extension vers l'orbite externe est également possible⁴.

Nous avons observé des particularités à savoir :

CONCLUSION

Le dermolipome est une tumeur généralement bénigne dont le diagnostic est généra-

L'âge : notre patiente était une adolescente de 16 ans.

Le siège de la lésion: était la queue du sourcil.

Le traitement est basé sur la surveillance des cas simples ou la chirurgie des cas compliqués et ou inesthétiques. La chirurgie a été indiquée dans notre du fait de l'aspect inesthétique de la tumeur.

L'histologie a retrouvée du tissu adipeux parsemé de tissus fibreux avec un infiltrat inflammatoire.

Les complications post chirurgies sont possibles et sont souvent redoutables⁴. Les complications secondaires à la chirurgie du dermolipome rapportées dans la littérature sont la kératoconjonctivite sèche, le ptosis, le symblépharon restrictif externe, et le strabisme⁴. Dans notre cas il n'y a pas eu de complication secondaire lié à la chirurgie.

lement clinique mais doit être confirmé par l'examen d'anatomie pathologie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Didi de Wolff-Rouendaal. Tumeurs conjonctivales. Traité EMC d'Ophtalmologie 2000 (21-150-A-10) ;
2. Offret G, Dhermy P, Brini A, Bec P. Tumeurs de la conjonctive. La conjonctive, anatomie pathologie d'Offret G, Haye C. Tumeurs de la conjonctive. Tumeurs de l'œil et des annexes oculaires. Masson 1971 ; 2^{ème} partie : 109-163e l'œil et de ses annexes. Rapport de la Société Française d'Ophtalmologie 1974 : 92-111;
3. Offret G, Haye C. Tumeurs de la conjonctive. Tumeurs de l'œil et des annexes oculaires. Masson 1971 ; 2^{ème} partie : 109-163 ;
4. R.A. Touzri O; Beltaief; B. Ben Romdhane; L. Kriaa; A. Meddeb Ouertani. Complications de la chirurgie du dermolipome : À propos de deux observations ; Journal Français D'ophtalmologie Volume 27, Issue 10, Décembre 2004, Pages 1156-1158 ;
5. S. Bouzza, M. El Belhadji, L. Benhmidoune, A. Chakib, R. Rachid, K. Zaghloul, A. Amraoui ; Tumeurs conjonctivales ; Revue Marocaine du Cancer 2011, vol. 3, n°4 : 20-25 ;