

JaccrSURGERY



Cas clinique

Exérèse d'un liposarcome rétropéritonéal géant compliquée d'un important emphysème postopératoire (à propos d'un cas) à la Clinique Médicale Latino de Bamako (Mali)

Excision of a Giant Retroperitoneal Liposarcoma Complicated by Significant Postoperative Emphysema (A Case Report). Latino Medical Clinic, Bamako (Mali)

Y Dianessy*¹, M Tapily², Y Ramos Rodriguez², A Sanogo³, S Konare⁴, A Guire¹, BS Dembele¹, M Samake¹, A Haidara¹, D Yede¹, O Sacko⁵, S Koumare⁵

Résumé

Un patient de 51 ans vu à la clinique Médicale Latino de Bamako (Mali), fumeur chronique, il avait développé une masse rétro péritonéale gauche géante de nature bénigne, révélée par l'examen clinique et un scanner abdominal. L'exérèse chirurgicale, réalisée le 04/12/2024, avait permis d'extraire en monobloc une masse de 5,5 kg qui s'est avérée être un liposarcome de bas grade après analyse anatomopathologique.

Au 3ème jour post-opératoire, des vomissements, le malade présentait un hoquet, un emphysème sous-cutané et un pneumopéritoine entraînant une reprise au bloc opératoire, mais l'exploration n'avait pas mis en évidence une fistule ou une perforation. L'évolution était favorable, et le patient sortait de l'hôpital au 10ème jour postopératoire.

Mots-clés : Liposarcome ; rétropéritonéal ; emphysème.

Abstract

A 51-year-old patient, a chronic smoker, was seen at the Clinique Médicale Latino in Bamako, Mali. He had developed a giant, benign, left retroperitoneal mass, revealed by clinical examination and abdominal CT scan. Surgical excision, performed on December 4, 2024, allowed for the en bloc removal of a 5.5 kg mass, which was found to be a low-grade liposarcoma after histopathological analysis. On the third postoperative day, the patient experienced vomiting, hiccups, subcutaneous emphysema, and pneumoperitoneum, necessitating a return to the operating room. However, exploration did not reveal a fistula or perforation. The outcome was favorable, and the patient was discharged from the hospital on the tenth postoperative day.

Keywords: Liposarcoma, retroperitoneal, emphysema.

Introduction

Liposarcome rétropéritonéal géant est une tumeur mésoenchymateuse maligne de la région rétropéritonéale, développée à partir d'éléments constituant la graisse à différentes étapes de leurs différenciation.

Son diagnostic est souvent tardif à un stade avancé du fait de la complaisance de l'espace rétropéritonéal dans lequel il se développe.

La localisation des liposarcomes est le plus souvent retrouvée au niveau de la cuisse (50%), l'abdomen, le thorax, le rétropéritoine et le médiastin (45%), la tête et le cou (5%). Cependant, il existe d'autres emplacements inhabituels à titre d'exemple le cordon spermatique, la cavité péritonéale, les aisselles, la vulve et même les seins(1).

Les tumeurs rétropéritonéales sont de nature variée : tumeurs d'organe (reins, pancréas, surrénales), tumeurs rétropéritonéales secondaires (métastases) et tumeurs rétropéritonéales primitives. Les lésions tissulaires primitives du rétropéritoine peuvent être divisées en quatre groupes selon leur tissu d'origine d'après la classification de l'Organisation mondiale de la santé de 2013 : les tumeurs mésoenchymateuses dominées par les sarcomes, les tumeurs lymphoïdes, les tumeurs neurogènes et les tumeurs germinales(2). Il existe plusieurs sous-types histologiques de liposarcomes : bien différencié, pléomorphe, myxoïde, à cellules rondes, dédifférencié. Les liposarcomes bien différenciés contiennent une grande quantité de graisse macroscopique et sont souvent de bas grade.

En imagerie, il s'agit d'une masse encapsulée, refoulant, comprimant ou envahissant les structures adjacentes. En tomodensitométrie (TDM), sa densité peut être mixte, avec composante graisseuse (< -20 UH) et tissulaire (> +20 UH), ou purement tissulaire(2).

la TDM (tomodensitométrie) et l'IRM (imagerie par résonance magnétique) représentent les examens clés et permettent de préciser l'importance de la taille, et les rapports avec les organes adjacents.

L'exérèse chirurgicale est le seul traitement efficace,

potentialisés par d'autres traitements complémentaires (radiothérapie, chimiothérapie).

Cas clinique

Nous rapportons l'observation d'un homme âgé de 51 ans, commerçant, marié et père de 6 enfants, résident dans le nord du Mali.

Il était reçu en consultation en Décembre 2024 pour augmentation progressive (8 mois) du volume de l'abdomen, asthénie et œdème des membres inférieure.

Il n'avait aucun antécédent de chirurgie mais, tabagique chronique de plus de 20 ans.

L'examen clinique trouvait une grosse masse dure occupant la quasi-totalité de l'abdomen. Les aires ganglionnaires étaient libres.

L'examen scanographique abdominopelvienne informait une Masse kystique abdomino-pelvienne rétropéritonéale gauche de 243x236x165 mm d'allure bénigne dont l'aspect TDM plaiderait en faveur d'un kyste mésentérique lipomateux ou un tératome (Fig1). Il avait un taux d'hémoglobine de 13g/dl et de groupe sanguin O et rhésus Positif.

L'antigène de l'hépatite B était Positif.

Le patient était programmé et opéré le 04/12/2024 chez qui une exérèse en monobloc était réalisée avec la mise en place d'un drain tubuleux dans le Cul de sac de Douglas, et la pièce qui pesait 5500g (Fig2) était envoyée pour examen anatomopathologie et Immunohistochimique, il révélait un Liposarcome de bas grade.

Au 3ème postopératoire, le malade présentait un hoquet persistant, des vomissements et un emphysème sous cutané basithoracique jusqu'au Pelvis.

Le pouls était de 90 battements /mn. La température axillaire était de 38,5° C, Le transit intestinal n'avait pas repris.

La radiographie de thorax de face et debout informait une Plage d'emphysème sous cutané diffuse des parties abdominopelviennes et un Pneumopéritoine (Fig3). Il n'y avait pas de signes de pneumothorax.

Devant la persistance des signes et une forte suspicion

d'une perforation d'organe creux, le patient était réadmis au bloc au 6ème ou une exploration minutieuse était faite. Aucune lésion n'était découverte, la cavité péritonéale était propre.

Dès lors l'évolution était favorable et le malade sortait de l'hôpital au 10ème jour postopératoire.

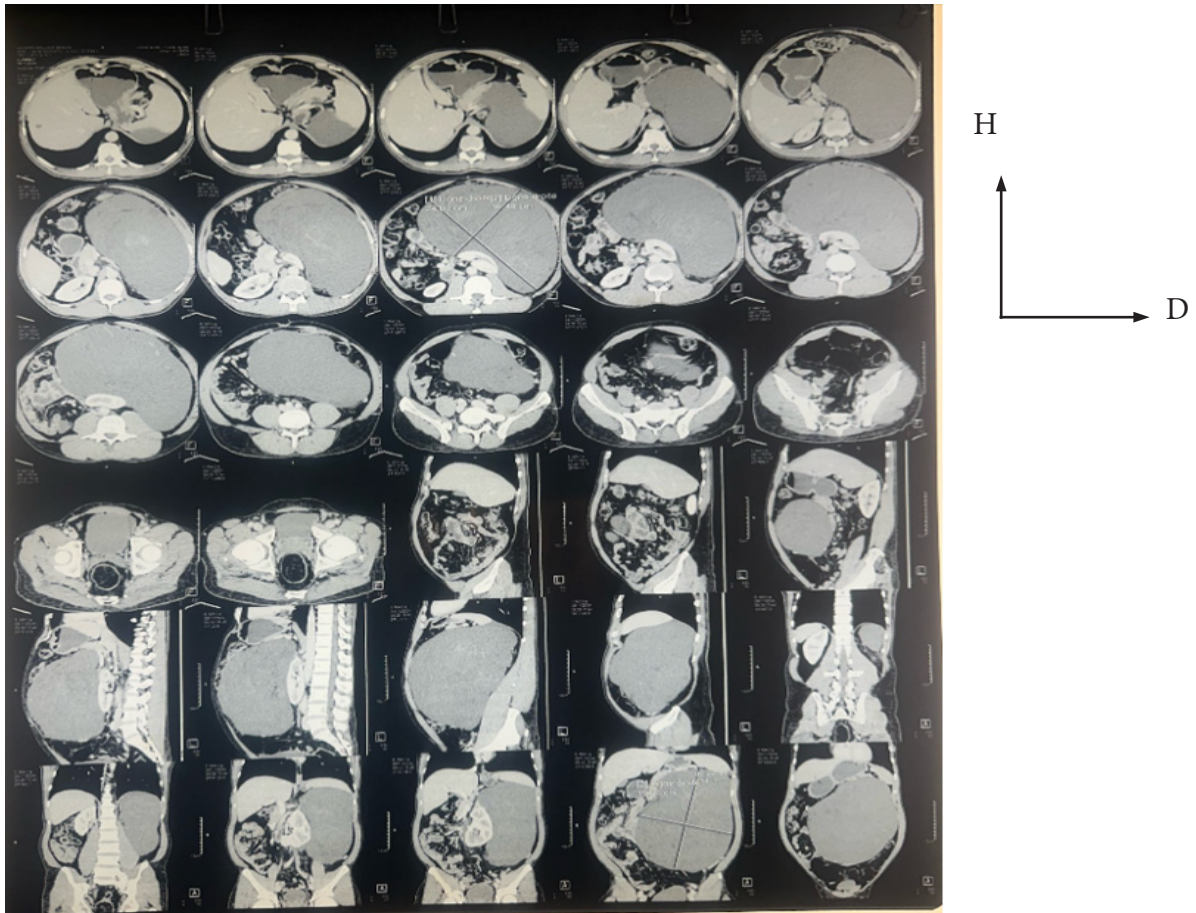


Figure 1 : Image scanographique D'une Tumeur rétroperitonéale



Figure 2 : Piece opératoire d'un liposarcoma rétroperitoneale.



Figure 3 : Radiographie thoraco-abdominale de face montrant un emphysème et un pneumopéritoine postopératoire.

Discussion

• Age

Comme chez notre patient, le liposarcome quel que soit son siège touche généralement les adultes dans la cinquantaine et il est rarement signalé chez les enfants(3).

Dans une série de huit cas étudiés par Alzeer I et Al, l'âge de patients variait entre 30 et 86 ans avec une moyenne de 52 ans(4).

• Localisation

La localisation rétropéritonéale arrive en deuxième position après celle de la cuisse(5). Cette tumeur peut développer librement jusqu'à atteindre des dimensions énormes.

Les liposarcomes rétropéritonéaux peuvent atteindre des tailles considérables, allant jusqu'à 76 cm et peser jusqu'à 30 kg(6).

• Sexe

En ce qui concerne la répartition des tumeurs rétropéritonéales par sexe, elle est égale pour l'ensemble des tumeurs(7). Bien qu'il y ait une légère prédominance chez les femmes selon certaines études rétrospectives(7).

• Race

Notre patient est de race noire, mais dans la littérature, Il n'existe pas de prédominance raciale pour cette maladie(8).

• Les signes révélateurs

Nous avons constaté une augmentation du volume de l'abdomen, asthénie et œdème des membres inférieure et une grosse masse qui occupait tout l'abdomen.

Certains auteurs retrouvent la Douleur dans 75%, la masse palpable chez 38%, et 12% présentaient un œdème des Membres Inférieurs(4).

Samaké M et al ont rapporté un cas chez un patient de 65 ans qui leurs a été adressé pour une distension abdominale(9). La taille médiane au moment du diagnostic est d'environ 15 cm, selon Hermi A, et Al(10).

Si la VCI moyenne ou inférieure est atteinte, les patients peuvent présenter respectivement un dysfonctionnement rénal ou un œdème des membres inférieurs.

Dans certains cas, la fièvre peut être le seul symptôme présent, ce qui rend le diagnostic étiologique difficile. La présence de fièvre peut indiquer une nécrose tumorale ou une abcédation.

- Diagnostic

Le diagnostic repose principalement sur l'imagerie, la tomodensitométrie étant la méthode privilégiée pour évaluer la taille, la localisation et l'atteinte des structures adjacentes de la tumeur.

Devant la taille monstrueuse de l'abdomen, nous avons décidé de demander un examen scanographique qui informait une Masse kystique abdomino-pelvienne rétropéritonéale gauche de 243x236x165 mm d'allure bénigne dont l'aspect TDM plaidait en faveur d'un kyste mésentérique lipomateux ou un tératome.

Dans la série de M. ISLAM ALZEER(4) la TDM abdomino-pelvienne, réalisée chez tous ses malades, a permis de retenir le siège rétropéritonéal de la masse dans tous les cas (huit), tout en précisant la structure, les dimensions, et les rapports de la tumeur avec les organes adjacents.

Plusieurs signes, tels que le signe de l'éperon, orientent vers une origine conjonctive rétropéritonéale plutôt que pancréatique ou rénale, Analyser les contours de la tumeur et évoquer le diagnostic de malignité(8).

L'échographie est généralement le premier examen demandé, mais présente certaines limites, telles que l'étude restreinte des rapports anatomiques et des contours de la tumeur, la difficulté d'accès à l'espace rétropéritonéal et le caractère opérateur-dépendant(8). L'IRM est devenue la méthode de référence pour l'examen des masses des tissus mous, et par extension des masses rétropéritonéales, Cela est principalement dû aux progrès technologiques qui ont permis de réaliser des séquences très rapides et offrent une bonne résolution anatomique, ainsi qu'une excellente résolution en contraste spontané et après l'injection de produit de contraste(11)

Une ponction-biopsie transpariétale après repérage radiologique, peut permettre d'approcher le diagnostic, mais un typage définitif ne pourra être fait qu'après un examen minutieux de la pièce opératoire(12).

Elle n'est pas toujours nécessaire, en particulier si une résection complète semble réalisable. Elle est généralement réalisée pour éviter une laparotomie inutile, dans un but purement diagnostique, et pour

éviter également une intervention chirurgicale chez les patients présentant des métastases ou des contre-indications opératoires. La voie d'abord de la biopsie doit être discuté entre le chirurgien et le radiologue.

- Complications

Les liposarcomes rétropéritonéaux peuvent rarement être détectés par une complication telle qu'une occlusion intestinale, Une hémorragie, Une perforation, Un étranglement herniaire(12).

Malgré la taille énorme de la masse chez notre patient, il n'avait pas une complication majeure en dehors d'un effet de masse sur les gros vaisseaux abdominaux expliquant l'œdème des membres inférieurs.

- Type histologique

Selon EWING, l'aspect macroscopique peut également être indicatif de l'évolution de la lésion : le liposarcome très pigmenté serait hautement malin ; alors que celui de teinte jaune et claire et site d'éléments exanthémateux serait de malignité clairement moindre.

L'examen anatomopathologique et Immunohistochimique ont révélé un liposarcome rétropéritonéal de bas grade.

- Traitement

La prise en charge de cette pathologie est différente pour chaque type et oblige une approche multidisciplinaire comprenant (un oncologue médical, un oncologue radiothérapeute, un chirurgien, un radiologue et un pathologiste).

La chirurgie est la pierre angulaire du traitement curatif, « la chirurgie d'exérèse » des tumeurs rétropéritonéales primitives doit répondre aux impératifs carcinologiques de qualité de la résection, et aux exigences techniques de résécabilité(8).

Dans le cas des tumeurs occupant la totalité de l'abdomen, des refends transversaux sont ajoutés à la voie d'abord médiane, pour obtenir une meilleure visibilité des coupes diaphragmatiques, et permet d'éviter l'ensemencement de l'espace pleural par une « thoracophréno-laparotomie »(8).

Au cours de l'intervention, Un très bon plan de clivage était obtenu, et l'exérèse en monobloc n'a pas été laborieuse. Les coupes diaphragmatiques n'ont

pas été visualisés. Ce qui peut expliquer une possible effraction pleurale conduisant à un emphysème massive et un pneumopéritoine.

La résection de la tumeur et des structures de voisinage doit être réalisée en monobloc sans effraction tumoral afin de réduire le risque de récurrence locale.

La qualité de la résection tumorale doit être définie selon les critères de l'UICC : R0 : absence de reliquat tumoral microscopique, R1 : présence de reliquat tumoral microscopique sur une berge, R2 : présence de reliquat macroscopique après résection. Singer¹⁸ a montré l'importance de marges de résection de la tumeur, les taux de survie après 5 ans étant les suivants : R0 : 70 %, R1 : 45 % et R2 : 15 %. En fait, les TRP par leur volume refoulent les différents viscères abdominaux et ne sont séparés que par une pseudocapsule riche en cellules tumorales⁽¹³⁾.

- Complications postopératoires

Les fuites anastomotiques qui résultent des résections intestinales et les hémorragies présentent les complications postopératoires les plus courantes et les plus graves⁽¹⁴⁾.

Même si aucune évidence de l'emphysème n'avait été vue au cours de la deuxième intervention, une effraction de la plèvre ou une ouverture accidentelle d'un segment du tube digestif lors d'une dissection rétro-péritoine pouvait expliquer cette emphysème massive et un pneumopéritoine. La radiographie de thorax n'était pas réalisée.

L'emphysème disparaît spontanément et progressivement, aucun traitement spécifique n'était administré.

- Pronostic

Selon Mercier J et collaborateurs, la survie globale à cinq ans était de 71,9 % et la survie sans récurrence à 5 ans était de 49 %. Après analyse multivariée, les facteurs influençant la survie globale étaient la rupture tumorale, l'indice de masse corporelle préopératoire et l'apparition de complications sévères (grade Dindo-Clavien ≥ 3). Les facteurs influençant la survie sans récurrence étaient la radiothérapie néoadjuvante et la rupture tumorale⁽¹⁵⁾.

Douze mois plus tard, notre patient est suivi par le

service d'oncologie médicale et il n'a présenté aucun signe de récurrence.

Conclusion

Les liposarcomes rétro-péritonéaux sont des tumeurs malignes rares qui se manifestent de plusieurs formes. La tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique ont un rôle essentiel dans le diagnostic ; mais le diagnostic définitif n'est obtenu qu'en postopératoire, après l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire.

La chirurgie carcinologique reste la pierre angulaire et la récurrence reste fréquente même dans la main d'un chirurgien expérimenté. L'une des complications la plus rare est l'emphysème sous-cutané dû à des lésions pleurales ou une perforation du tube digestif.

*Correspondance :

Dianessy Yély

dianessyyely@gmail.com

Disponible en ligne : 29 Avril 2026

- 1 : Service de chirurgie Générale. Hôpital du District de la Commune IV de Bamako. Mali.
- 2 : Service de Gynéco-obstétrique de la Clinique Médicale LATINO. Bamako. Mali
- 3 : Service anesthésie-réanimation Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako.
- 4 : Service de néphrologie. Hôpital du District de la Commune IV de Bamako. Mali
- 5 : Service de chirurgie A. Hôpital du Point G de Bamako. Mali.

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Oussama EE. Liposarcomes : expérience du service d'anatomie pathologique de l'hôpital militaire My Ismail Meknès (à propos de 9 cas) [thèse]. 2020.
- [2] Caseiro E, Coutureau J, Delebecq J, Taourel P, Millet I. Imagerie des tumeurs rétropéritonéales primitives. *J Imagerie Diagn Interv.* 2024 Jun 1;7(3):147-57.
- [3] Kauffman SL, Stout AP. Lipoblastic tumors of children. *Cancer.* 1959 Sep;12(5):912-25.
- [4] Alzeer I. Les masses rétropéritonéales (à propos de 8 cas) [thèse]. 2021 [cité 2025 Oct 30]. Disponible sur: <https://toubkal.imist.ma/bitstream/handle/123456789/24662/3-21.pdf?sequence=1>
- [5] Devière J, Van Dueren E, Hassid S. Liposarcomes rétropéritonéaux récidivants, problèmes diagnostiques et thérapeutiques. *Acta Chir Belg.* 1986;86(1):5-12.
- [6] Moualli SB, Mnif A, Amna MB, Hassine LB, Chebil M, Zermani R, et al. Le liposarcome rétropéritonéal géant : à propos d'un cas. *Ann Urol.* 2002 [cité 2025 Nov 2];36:372-5. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003440102001316>
- [7] Lehnert T, Cardona S, Hinz U, Willeke F, Mechttersheimer G, Treiber M, et al. Primary and locally recurrent retroperitoneal soft-tissue sarcoma: local control and survival. *Eur J Surg Oncol.* 2009;35(9):986-93.
- [8] El Mortaji Z. Liposarcome rétropéritonéal à propos de 3 cas avec revue de la littérature [thèse]. 2023 [cité 2025 Oct 30]. Disponible sur: <https://toubkal.imist.ma/handle/123456789/30791>
- [9] Samaké M, Dembelé SB, Dianessy Y, Guiré A, Yede DLS, Boiré Y, et al. Retro-peritoneal liposarcoma in the general surgery department of the hospital of the district of the commune IV. *Surg Sci.* 2024;15(7):430-7.
- [10] Hermi A, Boussaffa H, Saadi A, BelHadjKacem L, Chakroun M, Slama RB. Giant retroperitoneal leiomyosarcoma: a case report. *J Surg Case Rep.* 2023;2023(4):rjad172.
- [11] Dewaguet J, Beaujot J, Leguillette C, Decanter G, Cordoba A, Penel N, et al. Apport de l'IRM corps entier au bilan initial du liposarcome myxoïde. *Bull Cancer.* 2023 Oct 1;110(10):1015-26.
- [12] Alzeer I. Les masses rétropéritonéales (à propos de 8 cas) [thèse]. 2021 [cité 2025 Nov 3]. Disponible sur: <https://toubkal.imist.ma/bitstream/handle/123456789/24662/3-21.pdf?sequence=1>
- [13] Aitsakel A, Elsayegh H, Benslimane L, Nouini Y. Tumeurs rétropéritonéales primitives : profils diagnostique, thérapeutique et anatomopathologique. *Can Urol Assoc J.* 2015;9(11-12):E873-8.
- [14] McCallum OJ, Burke JJ, Childs AJ, Ferro A, Gallup DG. Retroperitoneal liposarcoma weighing over one hundred pounds with review of the literature. *Gynecol Oncol.* 2006 Dec 1;103(3):1152-4.
- [15] Mercier J, Bajjeot A, Bréhat E, Ghouti L, Ferron G, Soulie M, et al. Étude observationnelle analytique de la chirurgie d'ablation compartimentale à visée curative des liposarcomes du rétropéritoine. *Prog Urol FMC.* 2023 Nov 1;33(3 Suppl):S129.

Pour citer cet article

Y Dianessy, M Tapily, Y Ramos Rodriguez, A Sanogo, S Konare, A Guire et al. Exérèse d'un liposarcome rétropéritonéal géant compliquée d'un important emphysème postopératoire (à propos d'un cas) à la Clinique Médicale Latino de Bamako (Mali). *Jaccr Surgery* 2026; 2(2): 1-7

<https://doi.org/10.70065/2622.jaccrSurg.001L012904>