

Lipome Mésentérique Géant Chez l'Enfant Révélé Par Un Syndrome Subocclusif : A Propos d'un Cas et Revue de la Littérature

Soumia Nassima AZZOUZ¹, Mohamed Tahar ALABANE², Mohamed Samir AZZOUNI³

1: Chirurgie pédiatrique, EHS mère et enfant de Tlemcen

2: Chirurgie pédiatrique, EHS mère et enfant de Tlemcen

3: Chef de service, Chirurgie pédiatrique, EHS mère et enfant de Tlemcen

Correspondant author: Soumia Nassima AZZOUZ. Chirurgie pédiatrique, EHS mère et enfant de Tlemcen

Received : 19 February 2026

Accepted : 26 Avril 2026

Published : 1er Mai 2026

Citation : Soumia Nassima AZZOUZ, Mohamed Tahar ALABANE, Mohamed Samir AZZOUNI .Lipome Mésentérique Géant Chez l'Enfant Révélé Par Un Syndrome Subocclusif : A Propos d'un Cas et Revue de la Littérature. JMSP Vol.2 Numero 1

RÉSUMÉ

Le lipome mésentérique est rare chez l'enfant. Moins de 50 cas ont été rapportés dans la littérature. Le diagnostic repose sur l'examen clinique, l'échographie et la tomодensitométrie (TDM). Cependant, seule l'étude histologique de la pièce d'examen lors d'une laparotomie ou d'une cœlioscopie permet de confirmer le diagnostic. La chirurgie est à la fois diagnostique et thérapeutique du lipome mésentérique.

Matériel et méthodes : il s'agit d'une fillette âgée de 11 ans, sans antécédents particuliers, admise aux urgences de chirurgie pédiatrique pour syndrome douloureux abdominal, un syndrome subocclusif, vomissements et diarrhées mais sans rectorragies ni fièvre évoluant depuis une dizaine de jours.

Résultats : La laparotomie et l'étude anatomopathologique ont retrouvé un lipome mésentérique.

Discussion : Les lipomes sont des tumeurs bénignes formées de cellules adipeuses matures, de pathogénie inconnue, la symptomatologie n'est pas pathognomonique. L'échographie abdominale occupe une place importante dans le diagnostic. Les signes cliniques couplés à l'abdomen sans préparation et l'échographie sont suffisants pour poser le diagnostic du lipome du mésentère, La TDM abdominale permet d'appuyer le diagnostic de lipome du mésentère. Le traitement chirurgical est l'approche de choix, Il permet de confirmer le diagnostic par l'examen anatomopathologique de la pièce et d'en réaliser l'exérèse.

Conclusion : La TDM couplée à l'échographie abdominale trouvent leur place dans le diagnostic positif. L'étude anatomopathologique est primordiale pour confirmer le diagnostic histologique. L'exérèse chirurgicale complète est obligatoire en raison du risque de récurrence et de dégénérescence sarcomateuse.

Mots clés : tumeur mésentérique bénigne, enfant, lipome

ABSTRACT

Mesenteric lipoma is rare in children. Fewer than 50 cases have been reported in the literature. The diagnosis is based on clinical examination, ultrasound and computed tomography (CT). However, only the histological study of the examination piece during a laparotomy or celioscopy can confirm the diagnosis. Surgery is both diagnostic and therapeutic of mesenteric lipoma.

Material and methods: this is an 11-year-old girl, with no particular history, admitted to the emergency room for pediatric surgery due to abdominal pain, a sub-occlusive syndrome, vomiting and diarrhea but without rectal bleeding or fever evolving for about ten days.

Results: Laparotomy and the anatomopathological study found mesenteric lipoma.

Discussion: Lipomas are benign tumors formed by mature fat cells, of unknown pathogenesis, the symptomatology is not pathognomonic. Abdominal ultrasound plays an important role in diagnosis. The clinical signs coupled with the abdomen without preparation and the ultrasound are sufficient to diagnose the lipoma of the mesentery, Abdominal CT allows supporting the diagnosis of lipoma of the mesentery. Surgical treatment is the approach of choice, it allows to confirm the diagnosis by the anatomopathological examination of the part and to perform the excision.

Conclusion: CT coupled with abdominal ultrasound find their place in the positive diagnosis. The anatomopathological study is essential to confirm the histological diagnosis. Complete surgical excision is mandatory due to the risk of recurrence and sarcoma degeneration.

Keywords: *benign mesenteric tumor, child, lipoma*

INTRODUCTION

Le lipome mésentérique est une tumeur bénigne constituée par une prolifération du tissu adipeux, c'est une tumeur bénigne des cellules graisseuses matures. Le lipome peut se développer dans n'importe quelle région du corps, siégeant au niveau du tissu sous cutané, enfermé dans une capsule fibreuse. L'un des rares sites d'apparition d'un lipome est le mésentère de l'intestin grêle, appelé lipome mésentérique (8).

La prévalence des lipomes est estimée à environ 1 % de la population, avec un taux d'incidence d'environ 2,1 pour 1 000 individus par an, en revanche, les lipomes mésentériques sont extrêmement rares, surtout chez les patients pédiatriques (7).

Chez l'enfant, les lipomes profonds se localisent au niveau du thorax, de la paroi thoracique, du médiastin, de la plèvre, du bassin, du rétropéritoine et de la région paratesticulaire. En particulier, les lipomes du mésentère impliquant l'intestin grêle sont très rares chez l'enfant (10).

Le lipome mésentérique est en général asymptomatique de découverte fortuite, et si le patient présente des symptômes, ces derniers sont en fonction de la taille et de la localisation de la tumeur. Dans de rares cas, la tumeur peut se présenter avec des complications, comme une occlusion intestinale avec volvulus.

Nous présentons un cas rare de lipome mésentérique géant chez une fillette de 10 ans, soulignant la présentation inhabituelle et la prise en charge chirurgicale de cette affection.

RAPPORT DE CAS

Une fillette âgée de 10 ans, sans antécédents particuliers, admise aux urgences de chirurgie pédiatrique pour syndrome douloureux abdominal, un syndrome sub occlusif, vomissements et diarrhées mais sans rectorragies ni fièvre évoluant depuis une dizaine de jours. L'examen physique retrouve un abdomen souple, distendu, sensible à la palpation avec la perception d'une masse hypogastrique, profonde, mobile, avec des limites difficiles à apprécier. Une formule de numération sanguine et un bilan métabolique de base, étaient dans les limites de la normale. Un bilan hormonal fait d'alpha-fœtoprotéine et de bêta-hCG était normal.

L'abdomen sans préparation a objectivé un refoulement des gaz intestinaux en avant sur l'incidence de profil.

L'échographie abdomino pelvienne montre un lipome pelvien inter vésico utérin mesurant 60x34mm (figure 1).



Figure 1: échographie abdomino pelvienne montre un lipome pelvien inter vésico utérin

La tomodensitométrie a mis en évidence une volumineuse masse graisseuse rétro péritonéale de la fosse iliaque gauche s'étalant en bas rejoignant l'espace inter recto utérin refermant des fines septas intra luminale ; refoulant les structures intestinales notamment le colon gauche en dedans (figure 2).

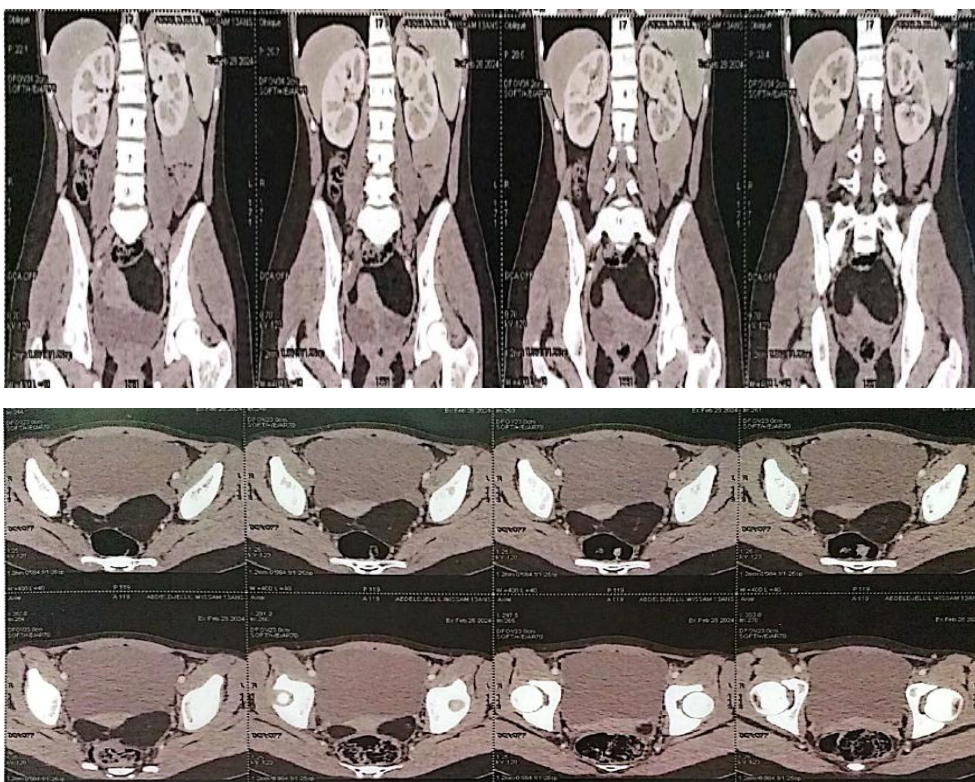


Figure 2 : Tomodensitométrie préopératoire (TC). Coronale (en haut), coupes axiale (en bas) montrant une énorme néoformation à faible densité graisseuse

L'imagerie par résonance magnétique a retrouvé une volumineuse masse graisseuse intra péritonéale étendue de la région para ombilicale gauche jusqu'au culs de sac de Douglas passant par la fosse iliaque gauche, mesurant 155 mm de hauteur, 98 mm d'axe antéro postérieur et 104 mm d'axe transversal, de forme irrégulière, aux contours harmonieux refoulant les structures digestives, l'utérus et les annexes sans signes d'infiltration. Elle présente un signal purement lipomateux sans portion charnue ou rehaussement suspect. La masse a été suspectée d'être une tumeur bénigne des tissus mous, très probablement un lipome.

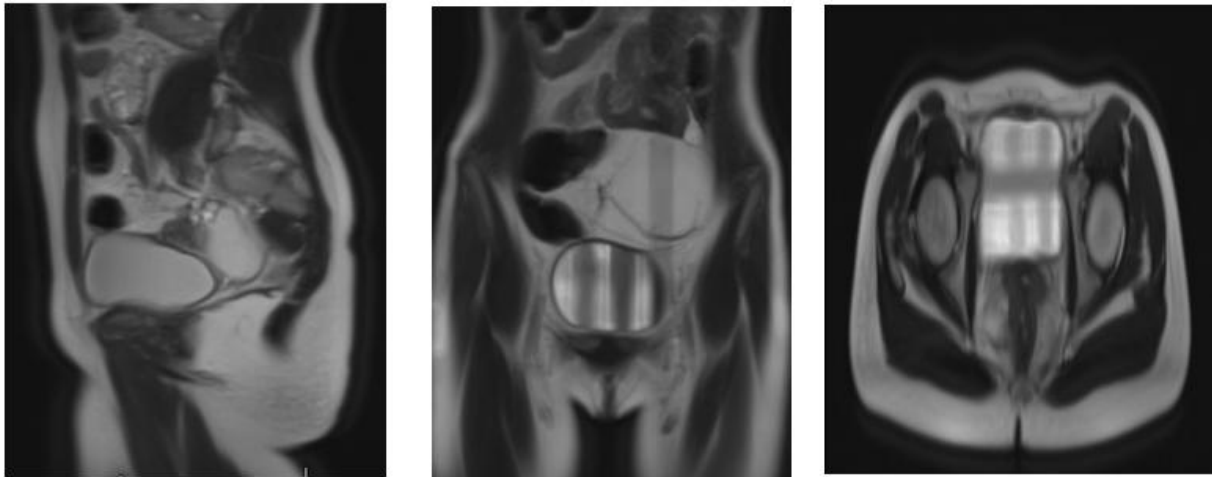


Figure 3 : IRM . Coupes axiale (à droite), coronale (au milieu) et sagittale (à gauche) montrant une énorme masse graisseuse intra péritonéale

L'exploration lors de la laparotomie a retrouvé deux masses mésentériques dont la résection a été réalisée sous anesthésie générale. Deux tumeur bien capsulées, molles et jaunes, attachées au mésentère de l'iléon. Les tumeurs étaient situées à environ 10 cm de la valvule de Bauhin. Les tumeurs ont été réséquées. Les tumeurs étaient bien circonscrites, avec une fine capsule fibreuse et un parenchyme graisseux jaune et lobulé, séparé par de fins septa fibreux ponctués de vaisseaux.

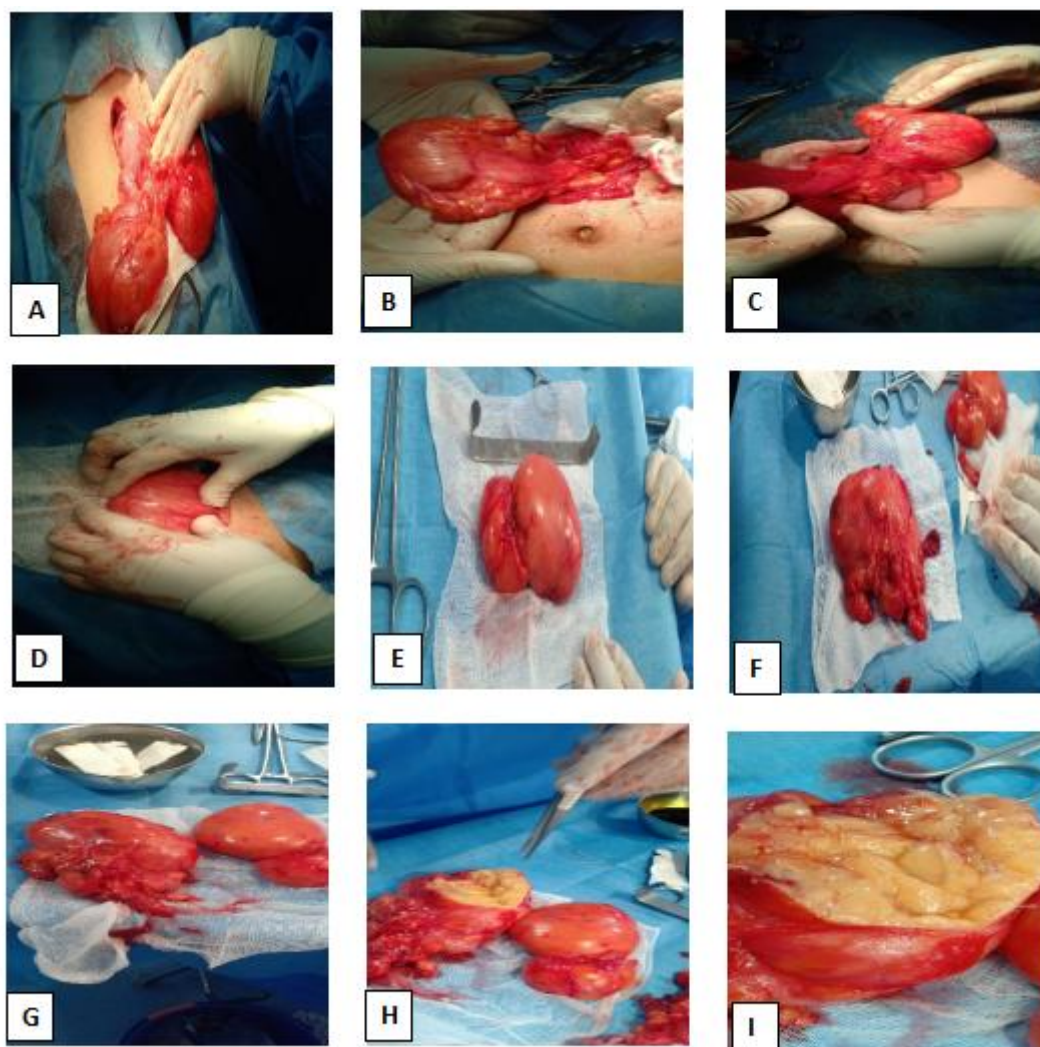


Figure 4: laparotomie et excision de la tumeur

A : Lipome mésentérique énorme, B : Masse adhérente à l'intestin et au mésentère à l'exploration, C : extraction d'un deuxième lipome, D : exposition des deux lipomes, E : excision du 1^{er} lipome, F : excision du 2^{ème} lipome, G : aspect des deux masses après excision, H : incision de la 1^{ère} masse, I : incision de la 2^{ème} masse.

L'examen histopathologique a démontré des proliférations cellulaires de nature grasseuse, faites d'éléments cellulaires disposés en large nappes présentant à décrire un cytoplasme abondant, bien limité, optiquement vide et un noyau basophile, régulier, refoulé en périphérie. Ces nappes d'éléments cellulaires de nature grasseuse sont disséquées par un tissu conjonctivo-vasculaire grêle. Aspect histopathologique de lipome sans signes de malignité.

DISCUSSION

La prévalence des lipomes mésentériques est inconnue vu que dans la majorité des cas la symptomatologie est silencieuse et la découverte est fortuite lors d'un examen. Les lipomes du mésentère chez l'enfant sont très rares, bien qu'ils comptent parmi les néoplasmes d'origine mésenchymateuse les plus fréquents. Il est intéressant de noter qu'ils seraient plus fréquents chez les enfants de moins de 3 ans (10). Bien qu'ils puissent être asymptomatiques, les symptômes fréquents incluent une distension abdominale progressive, des douleurs abdominales, des vomissements, une

constipation, une sensation de satiété après les repas et une anorexie. En particulier, les lésions dépassant 2 cm peuvent provoquer des douleurs abdominales, des saignements gastro-intestinaux, une invagination et une occlusion intestinale (7- 6 - 9 - 5). L'occlusion n'est pas due au lipome lui-même, mais par le poids exercé sur l'anse intestinale par la masse ou bien par la torsion de cette masse. De plus, la torsion peut provoquer un tiraillement de l'intestin adjacent, conduisant à une obstruction (6). Notamment, les lipomes de grande taille peuvent se tordre autour de leur pédicule vasculaire, provoquant une ischémie et un infarctus (5). Dans notre cas, l'enfant a été transférée en chirurgie pédiatrique pour des douleurs abdominales et suivies d'émission de selles diarrhéiques évoluant depuis une dizaine de jours.

L'échographie peut détecter les tumeurs lipomateuses abdominales comme des masses échogènes homogènes ; cependant, elles peuvent présenter une image confuse, allant d'un modèle d'écho homogène à un modèle d'écho hétérogène; et si les lipomes ne sont pas trop volumineux, les lipomes abdominaux peuvent être diagnostiqués à tort comme de la graisse mésentérique normale (1 - 3).

Au scanner, le lipome présente des valeurs typiques d'atténuation du tissu adipeux de -80 à -120 UH. Le scanner peut également déterminer l'origine du lipome et les caractéristiques anatomiques précises de la tumeur. D'après les résultats de la tomодensitométrie, d'autres processus d'atténuation de la graisse associés au mésentère sont considérés comme des diagnostics différentiels, notamment les liposarcomes, les lymphangiomes et le syndrome des ganglions lymphatiques mésentériques caverneux (10 - 4).

L'IRM présente la sensibilité la plus élevée pour la pathologie de la tumeur parmi les modalités d'imagerie, car la vascularisation accrue des lipoblastomes par rapport aux lipomes a montré une faible intensité sur les images pondérées en T1 (10), Le lipome présentera une intensité de signal homogène, identique à celle de la graisse, dans toutes les séquences d'impulsions. Les fines cloisons fibreuses présenteront une faible intensité de signal sur les images pondérées en T1 et T2, l'IRM est donc la modalité actuellement recommandée pour le suivi, en particulier en cas de résection incomplète ou de récurrence (2).

Pour notre patiente, on retrouve des douleurs abdominales, des vomissements et des débâcles diarrhéiques juste après un syndrome sub occlusif, probablement un syndrome de Kœnig, l'examen physique retrouve une distension abdominale avec la perception d'une masse. L'échographie réalisée en urgence met en évidence une formation graisseuse pelvienne, inter vésico utérine, de forme ovalaire de contours réguliers, d'échostructure légèrement échogène avec des stries hyper échogènes, mesurant 60x34mm. Un scanner abdominal urgent a été jugé indispensable, il a objectivé une volumineuse masse graisseuse de la fosse iliaque gauche s'étalant en bas, rejoignant l'espace inter recto utérin renfermant des fines septas intra lumenale, refoulant les structures intestinales, notamment le colon gauche en dedans, mesurant 115x54 mm sur 141 mm sur la coupe sagittale hétérogène par la présence des fines septas intra lumenale ; refoulant les structures intestinales notamment le colon gauche en dedans. L'imagerie par résonance magnétique confirme la présence d'une volumineuse masse graisseuse intra péritonéale, étendue de la région para ombilicale gauche jusqu'au culs de sac de Douglas passant par la fosse iliaque gauche, mesurant 155 mm de hauteur, 98 mm d'axe antéro postérieur et 104 mm d'axe transversal, de forme irrégulière, aux contours harmonieux refoulant discrètement les structures digestives, l'utérus et les annexes sans signes d'infiltration. Elle présente un signal graisseux (hyper signal T1 s'annulant après saturation du signal de la graisse), hyper signal T2 globalement homogène avec présence de quelques fines travées en hypo signal T2. Absence de prise de contraste ou de portion tissulaire charnue.

Après ce bilan clinique, biologique et radiologique chez cette patiente et de la taille de la lésion, une laparotomie a été réalisée en urgence par une incision abdominale médiane sous anesthésie générale. Deux tumeur, issues du mésentère et touchant une petite portion de l'iléon, ont été retirées sans difficulté. Cette tumeur a provoqué des volvulus de l'anse intestinale ce qui a provoqué une

souffrance mais sans nécrose de l'anse. Aucun drain abdominal n'a été laissé à la fin de l'intervention. L'enfant est rentrée chez elle au 10^{ème} jour en post opératoire et après une évolution favorable, et un suivi à la consultation a été organisé.

CONCLUSION

Le lipome mésentérique chez l'enfant est une entité rare, bénigne et de bon pronostic. Le clinicien doit l'inclure dans le diagnostic différentiel des masses abdominales graisseuses chez l'enfant. L'imagerie joue un rôle central, et le traitement est chirurgical. Un suivi postopératoire clinique est généralement suffisant.

RÉFÉRENCES

1. Cha, J. M., Lee, J. I., Joo, K. R., Choe, J. W., Jung, S. W., Shin, H. P., et al. (2009). Giant mesenteric lipoma as an unusual cause of abdominal pain: A case report and a review of the literature. *Journal of Korean Medical Science*, 24(2), 333–336. <https://doi.org/10.3346/jkms.2009.24.2.333>
2. Dilley, A. V., Patel, D. L., Hicks, M. J., & Brandt, M. L. (2001). Lipoblastoma: Pathophysiology and surgical management. *Journal of Pediatric Surgery*, 36(1), 229–231. <https://doi.org/10.1053/jpsu.2001.20057>
3. Hamidi, H., Rasouly, N., Khpalwak, H., Malikzai, M. O., Faizi, A. R., Hoshang, M. M., et al. (2016). Childhood giant omental and mesenteric lipoma. *Radiology Case Reports*, 11(1), 41–44. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2015.10.011>
4. Hashizume, N., Aiko, T., Fukahori, S., Ishii, S., Saikusa, N., Koga, Y., et al. (2020). Benign mesenteric lipomatous tumor in a child: A case report and literature review. *Surgical Case Reports*, 6(1), 243. <https://doi.org/10.1186/s40792-020-01040-8>
5. Laguna, B. A., Iyer, R. S., Rudzinski, E. R., Roybal, J. L., & Stanescu, A. L. (2015). Torsion of a giant mesocolic lipoma in a child with Bannayan-Riley-Ruvalcaba syndrome. *Pediatric Radiology*, 45(3), 449–452. <https://doi.org/10.1007/s00247-014-3201-1>
6. Öztaş, T., & Asena, M. (2023). Mesenteric lipoma in a child: A case report. *Pediatric Academic Case Reports*, 2(2), 053–055. <https://doi.org/10.14744/pacr.2023.053>
7. Rwomurushaka, E. S., Amsi, P., & Lodhia, J. (2024). Giant mesenteric lipoma in a pre-school child: A case report. *Journal of Surgical Case Reports*, 2024(11), rjae698. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjae698>
8. Suga, Y., Abdi, E., & Bekele, M. (2019). Giant mesenteric lipoma causing small bowel volvulus: A case report. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 29(4), 529–532. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v29i4.18>
9. Turk, E., Edirne, Y., Karaca, F., Memetoglu, M. E., Unal, E., & Ermumcu, O. (2013). A rare cause of childhood ileus: Giant mesenteric lipoma and a review of the literature. *The Eurasian Journal of Medicine*, 45(3), 222–225. <https://doi.org/10.5152/eajm.2013.45>
10. Zovko, Z., Boscarelli, A., Codrich, D., Bussani, R., Neri, F., & Schleeff, J. (2025). Pediatric mesenteric lipoma: Case report and narrative literature review. *Children*, 12(4), 456. <https://doi.org/10.3390/children12040456>